

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

LIANA MIRIAM MIRANDA HEINISCH

**OTIMIZAÇÃO DA ENTREVISTA MÉDICA**

**TESE DE DOUTORADO**

Florianópolis

2003

LIANA MIRIAM MIRANDA HEINISCH

# **OTIMIZAÇÃO DA ENTREVISTA MÉDICA**

Tese de doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para a obtenção do doutorado.

Orientador: Prof. Francisco Antonio Pereira Fialho, Dr.

Florianópolis

2003

Dedico este trabalho  
A meu esposo Roberto,  
cujo companheirismo não há palavra que traduza;  
e para nossas filhas, Larissa e Luiza,  
que nos ensinam a escutar, conversar e brincar.

## **Agradecimentos**

Ao orientador, Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho, que desde o primeiro momento incentivou e permitiu que a vontade se tornasse realidade.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção pela contribuição em mais essa etapa da minha caminhada.

Aos colegas das disciplinas cursadas, que compartilharam conversas, anseios e alegrias.

Aos alunos do curso de graduação em medicina, em especial a acadêmica Camila Colin, pelas inúmeras conversas e histórias que partilhou comigo.

Aos funcionários do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pela colaboração e estímulo na realização deste trabalho.

À Profa. Ana Maria Stamm, Prof. Marcelino Vieira e Prof. Vanir Cardoso, por acreditarem no ensino da interação médico-paciente.

Aos pacientes, que com suas experiências e verdades são a fonte de todo o ensinamento.

Aos meus pais, por terem ensinado o valor da verdade e do respeito no convívio diário.

As nossas filhas, Larissa e Luiza, que com a energia e meiguice dos anjos, participam das alegrias e motivações do nosso viver.

E especialmente, ao meu esposo, Prof. Roberto Henrique Heinisch, companheiro em todos os meus projetos e realizações; que sempre acreditou e auxiliou em todas as fases deste trabalho.

*“As palavras são apenas anzóis, para apanhar o que está nas entrelinhas”*

Clarice Lispector

## SUMÁRIO

	<u>Página</u>
Agradecimentos	iii
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
3. OBJETIVOS	55
4. METODOLOGIA	56
5. RESULTADOS	65
6. DISCUSSÃO	85
7. CONCLUSÕES	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
Apêndice A – Formulário de Coleta de Dados 1	
Apêndice B – Formulário de Coleta de Dados 2	
Anexo A – Normas para Transcrição do Texto Falado	

## RESUMO

HEINISCH, Liana Miriam Miranda. **Otimização da entrevista médica**. 2003. 136f Tese. (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

A entrevista médica é um momento da relação médico-paciente em que a conversação é o instrumento utilizado para obter e registrar dados sobre o paciente. O diálogo que se estabelece tem objetivo e finalidade preestabelecidos, isto é, a reconstituição dos fatos e acontecimentos direta ou indiretamente relacionados com uma situação anormal na vida do paciente. A entrevista médica pode ser conduzida de várias maneiras: deixando-se o paciente relatar livre e espontaneamente suas queixas sem qualquer interferência do entrevistador, que se limita a ouvi-lo. Outra maneira é o que se pode denominar anamnese dirigida. Após análise e ponderação de todos os achados clínicos (sinais e sintomas), o médico estabelece as prováveis hipóteses diagnósticas. O processo é bastante complexo e os erros no diagnóstico podem ser devidos à conduta imperfeita no procedimento. O número de fatos que podem ser recolhidos numa história detalhada é praticamente incontável. Assim, toda questão que o médico pergunta deve ser cuidadosamente selecionada para eliminar alguns possíveis diagnósticos e para orientar a investigação da maneira mais objetiva possível. Diante do acima exposto, considerando-se a necessidade de estudos na área; torna-se premente a intenção de realizar um estudo com o objetivo de testar o modelo de entrevista médica. Para isto, foi testado um novo modelo de entrevista médica para a situação clínica: pacientes com dor torácica. Pacientes atendidos no Hospital Universitário da UFSC, com dor torácica, foram convidados a participar do estudo. Após o consentimento livre e esclarecido foi efetuada gravação com áudio da entrevista médica. Os dados registrados foram a queixa principal e a história da doença atual. A avaliação do modelo foi feita pela pesquisadora, sob o enfoque da análise da conversação, através de formulário padronizado. Foram selecionados para o estudo 30 pacientes; a média do tempo de entrevista foi de 41 minutos (17 a 63 minutos). Foram registrados 190 marcadores conversacionais, 25 marcas de atenção e 46,7% de comunicação não-verbal. Os recursos não-verbais utilizados pelos pacientes foram cinésica (n=183), paralinguagem (n=77); silêncio (n=20), proxêmica (n=4) e tacêsica (n=3). As mulheres utilizaram mais a paralinguagem do que os homens entrevistados. A média de ocorrência de cinésica foi maior nos pacientes entrevistados no ambulatório. Foi demonstrado que os princípios de análise da conversação têm aplicabilidade em entrevista médica; e podem otimizar a entrevista médica, aperfeiçoando a habilidade da comunicação na interação médico-paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** ANAMNESE; ANÁLISE DA CONVERSAÇÃO; LINGÜÍSTICA; DOR; DOR TORÁCICA.

## ABSTRACT

HEINISCH, Liana Miriam Miranda. **Optimization of the medical interview**. 2003. 136p. Thesis. (Doctorate in Production Engineering) – Post-graduate Program of Production Engineering, UFSC, Florianópolis.

The medical interview is a moment of the physician-patient relationship when the conversation is the tool we use to obtain and register the patient data. The dialogue which is established has predetermined aim and purpose, that is re-establishment of the facts directly or indirectly related to an abnormal situation of the patient's life. The medical interview can be led in different ways: letting the patient report his complaints freely and spontaneously, without any interference from the interviewer, who limits himself to hear the patient. Another way is what can be determined as a guided interview. After the analysis and considerations of all clinical findings (signs and symptoms), the physician establishes the likely diagnosis hypothesis. The process is complex, and the mistakes in the diagnosis can be due to a misled procedure. The number of facts that can be collected through a detailed medical history is countless. Therefore, every question asked by the physician must be carefully selected in order to avoid some diagnosis and to guide the investigation in most objective manner. In view of the above mentioned, considering the necessity of studies in this area, the intention of performing a study about the model of medical interview becomes necessary. For this, a new model of medical interview was tested for the clinic situation: patients with thoracic pain. Patients who were attended at the University Hospital of UFSC, with thoracic pain were invited to participate of this study. After a clear consent, an audio tape of the medical interview was recorded. The registered data were about the main complaint and the current disease. The model was evaluated by the researcher, under the focus of the analysis of the conversation, through a standardized form. They were selected 30 patients; with means of 41 minutes of conversation time. They were registered 190 conversation markers, 25 attention markers and 46.7% of nonverbal communication time. The nonverbal resources employed by patients were: kinesics (n=183), paralanguage (n=77); silence (n=20), proxemics (n=4) and tacesics (n=3). The women requested more paralanguage than men. The means of occurrence of kinesics were more higher in patients interviewed in ambulatory than in those of hospital. It was demonstrated that conversation analysis principles have aplicability in medical interviewing and history-taking; and can optimize the medical interview with better comunication in the physician-patient relationship.

**KEY-WORDS:** INTERVIEWING AND HISTORY-TAKING; CONVERSATION ANALYSIS; LINGUISTICS; PAIN; THORACIC PAIN.



# 1 INTRODUÇÃO

Nossas palavras e nossos atos, quando vistos e ouvidos (ainda que apenas por nós mesmos), não podem ser desfeitos, mas podem ser dialogados. Eles iniciam uma cadeia de indagações e respostas que fogem ao nosso controle e tornam seus resultados imprevisíveis. Mesmo assim, permanecem sendo nossos e nos revelam.

Os que nos veêm e ouvem compreendem “quem” somos, ou “pensam” que nos conhecem. Essa é a natureza, de todas as ações e palavras, não importando se o gesto é apenas o de partir o pão ou de dizer bom dia.

Tentar compreender o que está camuflado nas entrelinhas das palavras e ações de uma pessoa é uma tarefa complexa, mas que sempre me fascinou. Gosto de ouvir e participar de conversas para caminhar por outros mundos de sentimentos e anseios.

Comunicar-se é uma necessidade essencial do ser humano, é a busca da própria sobrevivência e de seus objetivos conscientes ou inconscientes.

As questões relacionadas ao ato de conversar sempre me atraíram de alguma forma. Durante a graduação em medicina, não conseguia vislumbrar minha vida profissional em ambientes onde o conversar com o paciente estaria mais restrito. Na minha formação como especialista em neurologia, questionava qual alteração de linguagem trazia mais sofrimento: aquela em que paciente entendia o que era dito mas não conseguia se expressar com palavras; ou não compreender uma só palavra, e emitir como resposta palavras aleatórias? Acredito ser indissociável, no processo comunicativo, o compreender e o expressar adequadamente.

No desempenho prático da docência percebia a dificuldade dos alunos de se aproximarem dos pacientes e iniciar o diálogo aluno-paciente. Por outro lado, o

paciente ficava olhando para o aluno, sem entender o significado daquelas perguntas colocadas de maneira técnica, com o objetivo de cumprir um roteiro pré-estabelecido. Em muitas ocasiões, os alunos questionaram-me sobre o significado de uma expressão facial, um sorriso, um “não”, um “sim” no contexto da anamnese do paciente.

Conversar vai muito além das palavras. Conversar é permitir fluir as palavras observando o todo da situação; é interagir e participar; é preciso estar atento às nuances das palavras e seus significados.

Aos poucos fui amadurecendo a idéia e buscando maneiras de estudar a arte da conversação na entrevista médica. Que princípios da análise da conversação poderiam ser estudados? E isso teria alguma aplicação no fazer e ensinar medicina?

Com várias indagações que permeiam todo processo criativo, encontrei no Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, a possibilidade de desenvolver um estudo que utilizasse os princípios da análise da conversação. Acreditei nesta oportunidade ao cursar a disciplina de Ergonomia Cognitiva, quando percebi a linguagem muito além dos mecanismos fisiopatológicos.

MARCUSCHI (1986) lançou, em nosso meio, o primeiro livro da área concebendo a conversação como algo mais do que um simples fenômeno de uso de linguagem em que se ativa códigos. É o exercício prático das potencialidades cognitivas do ser humano em suas relações interpessoais, tornando-se assim um dos melhores testes para a organização e funcionamento da cognição na complexa atividade da comunicação humana.

O objeto de estudo da Análise da conversação é a conversação natural, ou seja, aquelas produzidas em situações naturais como acontece no processo da entrevista médica.

Os profissionais da área da saúde do século XIX e início do XX eram mestres na arte de conversar e descrever as histórias dos seus pacientes, e alguns de seus históricos continham uma riqueza quase romanesca de detalhes. Silas Weir Mitchell – que era romancista e neurologista – proporcionou descrições inesquecíveis de membros fantasmas em soldados que tinham sido feridos nos campos de batalha da Guerra Civil. Joseph Babinski, o grande neurologista francês, descreveu uma síndrome rica em detalhes – anosognosia, a incapacidade de alguém perceber que um lado do corpo está paralisado e a freqüentemente estranha atribuição do lado paralisado a outra pessoa (RAMACHANDRAN, 2002).

Mas, como ensinar o aluno a valorizar as informações verbais e não-verbais obtidas através da habilidade de entrevistar pacientes?; como auxiliá-lo a aguçar a percepção destas informações?

O primeiro passo desse trabalho foi dado quando surgiram as indagações a respeito do assunto e sinto que é chegado o momento de verificar a pertinência de minhas análises e inferências. É preciso problematizar e dar tratamento teórico às observações realizadas durante esses anos de prática docente no ensino de clínica médica, acreditando na formação humanista do futuro profissional.

Assim, partimos do entendimento que a história médica é uma fonte básica de dados científicos a respeito do paciente e de seus problemas e nos faz descobrir a ciência da arte da entrevista médica.

A obtenção dos dados “subjetivos” dos sintomas e do sofrimento estão no âmago da comunicação médico-paciente e podem ser tornados mais objetivos através da análise da conversação.

O desenvolvimento da tese ocorreu da seguinte maneira: No primeiro capítulo: revisão da literatura sobre comunicação humana, entrevista médica,

lingüística na entrevista médica, consciência corporal, a experiência da dor e dor torácica. No segundo capítulo : são apresentados os objetivos do trabalho. No terceiro capítulo: descrevemos a metodologia aplicada. No quarto capítulo: apresentamos os resultados. No quinto capítulo: discutimos e analisamos os resultados. No sexto capítulo: apresentamos as conclusões.

Assim, o presente trabalho integra os princípios da análise da conversação aplicados à entrevista médica durante o relato do paciente sobre a sua experiência de dor torácica.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A Comunicação Humana

Comunicação, etimologicamente, provém do verbo latino *communicare*, que significa *pôr em comum*. A finalidade da comunicação é pôr em comum não apenas idéias, sentimentos, pensamentos, desejos, mas também compartilhar formas de comportamentos de vida, determinados por regras de caráter social. Desse ponto de vista, comunicação é também convivência, que traz implícita a noção de comunidade, vida em comum, agrupamento solidário, baseado no consenso espontâneo dos indivíduos. Consenso significa acordo tácito, que pressupõe compreensão – e, o objetivo da comunicação é este: o entendimento entre os homens (ANDRADE e MEDEIROS, 2000).

Tornou-se lugar comum afirmar que o homem é comunicativo por excelência, pois, entre todas as criaturas vivas, é o que dispõe dos mais variados sistemas de comunicação, adaptados às mais diversas finalidades (RESWEBER, 1982).

Existem, no mundo animal, variados meios de comunicação, mais ou menos complexos, que procuram suprir a ausência de uma linguagem articulada. Um dos casos mais estudados é o da comunicação entre as abelhas, por meio da dança. Sabe-se que as abelhas vivem em sociedade organizada, submetidas a uma ordem hierárquica, segundo a qual cada indivíduo do grupo tem seus deveres e atribuições.

Embora disponham de um sistema engenhoso e complexo de comunicação dançante, este tem por objetivo apontar onde há alimento e determinar a que distância aproximada ele se encontra. Os pássaros empregam gritos e cantos de

aviso, de chamada. As borboletas utilizam odores emitidos para se comunicarem (ANDRADE e MEDEIROS, 2000).

Todos esses procedimentos se constituem em sistemas de comunicação entre as espécies e visam a própria sobrevivência.

A comunicação humana pode ser entendida como um processo de compreender e de compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo capaz de exercer influência no comportamento das pessoas envolvidas. O ser humano não pode viver sem se comunicar, pois é um dos meios que lhe permite alcançar seus objetivos de vida (COSTA, 2002).

A linguagem, utilizada para as comunicações interpessoais, presta-se ao homem também para estruturar seu mundo interior, pensar, conhecer. Assim, a linguagem serve-lhe para pensar e comunicar os pensamentos, os fatos e as emoções. A comunicação implica fundamentalmente a utilização de uma linguagem, de um sistema de símbolos, seja ele uma língua ou um dialeto falado ou escrito, gestos, batidas, cores, uma inscrição em pedra, sinais luminosos ou sonoros, entre outros (ANDRADE e MEDEIROS, 2000).

Desse modo, deduz-se que, linguagem é a utilização de um sistema de signos, de qualquer natureza, capaz de servir à comunicação. O ser humano, além da linguagem verbal, articulada, dispõe de outros sistemas, não-verbais. Assim, a comunicação só se concretiza por meio da linguagem, mas há inúmeras formas de linguagem e nem todas são necessariamente verbais.

A conversação é a primeira das formas de linguagem a que estamos expostos e provavelmente a única da qual nunca abdicamos pela vida afora. Além de “matriz” para a aquisição da linguagem, a conversação é o gênero básico da interação humana (MARCUSCHI, 1986). Tais observações, além de sugerirem que a

linguagem é de natureza essencialmente dialógica, realçam o princípio fundamental do caráter par da linguagem, ou seja, quando conversamos, normalmente o fazemos com perguntas e respostas, ou então com asserções e réplicas (CORRÊA, 1983, MARCUSCHI, 1986).

A linguagem é uma função do cérebro humano que, do ponto de vista de sua estrutura cerebral, envolve regiões preferencialmente aptas para ela e uma dinâmica de interação com fatos lingüísticos externos que acabam por fazer com que a sua operação plena seja complexa (DEL NERO, 1997).

Há, ainda, uma aceção mais ampla: a comunicação é um todo do qual a linguagem é apenas uma parte. A comunicação, capacidade de estabelecer uma dinâmica, apresenta-se como fenómeno mais amplo, no qual se define uma linguagem verbal, mas também uma linguagem gestual, corporal, ou mesmo a ausência de emissão de palavras (DEL NERO, 1997).

Se observarmos a interação da mãe com o filho desde os primeiros dias de vida, veremos que a mesma se dirige à criança dialogicamente, atribuindo-lhe turnos. Mas a mãe não só atribui turnos à criança, como também constrói significados para os gestos, silêncios ou sons da criança, uma vez que põe conteúdos comunicativos naquelas manifestações (MARCUSCHI, 1986).

Não é fundamental saber se a mãe está inferindo corretamente ou não; o fundamental é que a criança está aprendendo a interagir; está internalizando estilos entonacionais e prosódicos, e estruturando uma complexa matriz de valores simbólicos. Inserida numa aprendizagem sistemática e culturalmente marcado, onde as atenções para as regras de uso se sobrepõem às meramente lingüísticas, ela está se introduzindo na atividade conversacional (MARCUSCHI, 1986).

A linguagem é uma habilidade complexa e especializada, que se desenvolve espontaneamente nas crianças, sem qualquer esforço consciente ou instrução formal, que se manifesta sem que se perceba sua lógica subjacente, que é qualitativamente a mesma em todo indivíduo, e que difere de capacidades mais gerais de processamento de informações ou de comportamento inteligente (PINKER, 2002). É um processo físico, compreendido no universo de nossos sentidos, no qual informações contidas num intervalo de tempo são elaboradas e transmitidas (ROSENSTOCK-HUESSY, 2002).

A linguagem é uma forma de ação conjunta, que emerge quando falantes/escritores e ouvintes/leitores realizam ações individuais, coordenadas entre si, fazendo com que tais ações se integrem. Usar a linguagem consiste, portanto, em realizar ações individuais e sociais (CHOMSKY, 1998). Estamos sempre fazendo algo com a linguagem. No dia a dia, estamos conversando com alguém, convidando alguém para conversar, puxando conversa com um outro (DAMÁSIO, 2000; MUSSALIN e BENTES, 2001). A linguagem tem sido descrita, algumas vezes, como sendo o “espelho da mente”, fornecendo uma visão única a respeito do pensamento humano (CHOMSKY, 1998). Podemos caracterizar a conversação como sendo um interação verbal centrada, que se desenvolve durante o tempo em que dois ou mais interlocutores voltam sua atenção visual e cognitiva para uma tarefa comum (MARCUSCHI, 1986).

Podemos distinguir dois tipos de diálogos: i) diálogos assimétricos: em que um dos participantes tem o direito de iniciar, orientar, dirigir e concluir a interação e exercer pressão sobre o(s) outro(s) participante(s). É o caso das entrevistas, inquéritos e da interação em sala de aula; e ii) diálogos simétricos: em que vários participantes têm supostamente o mesmo direito à escolha da palavra, do tema a



tratar e de decidir sobre seu tempo. As conversações diárias e naturais são o protótipo dessa modalidade (LYONS, 1987).

As palavras de nossa língua apresentam perspectivas complexas que oferecem maneiras especiais de pensar e interagir – para perguntar às pessoas, contar-lhes algo, expressar sentimentos (MILROY, 1995; CHOMSKY, 1998). As pessoas usam as palavras para se referir às coisas de maneiras distintas, refletindo interesses e circunstâncias, possivelmente não fornecendo uniformidade de informações entre pessoas com experiências diferentes (CHOMSKY, 1998).

A linguagem está tão intimamente entrelaçada com a experiência humana que é quase impossível imaginar vida sem ela. É muito provável que, se você encontrar duas ou mais pessoas juntas em qualquer parte da terra, elas logo estarão trocando palavras ou utilizando gestos e símbolos para se comunicarem (PINKER, 2002). Quando as pessoas não têm ninguém com quem conversar, falam sozinhas, com seus cães, até mesmo com suas plantas. Nas nossas relações sociais, o que ganha não é a força física mas o verbo – o orador eloquente, a criança persuasiva que impõe sua vontade contra um pai musculoso (PINKER, 2002).

O estudo da linguagem lança sobre o idioma, seu objeto de estudo, o olhar da ciência, com seu método investigativo de observação dos fenômenos e total ausência de preconceito lingüístico, condições preliminares para a busca do conhecimento. Essa isenção, aliada à disposição de descobrir o real funcionamento das línguas, faz que a lingüística não trabalhe com os conceitos de “certo” e “errado”.

A lingüística não é sensível às preocupações com o suposto risco de descaracterização do idioma, considerando que a língua só assimila as transformações que são úteis e necessárias.

A linguagem espontânea é igualmente alvo de interesse da lingüística, pois representa a língua viva, em ação. Já a norma tida como culta é preservada através de uma atitude disciplinadora que se apóia em certos cânones. Afiança-se na tradição, explicação última para a escolha de uma forma gramatical em detrimento de outra, mantendo um constante diálogo com a história (LOPES, 1987).

A lingüística contribui para uma compreensão do fenômeno da linguagem como parte indissociável da cultura, interligando as diversas áreas científicas.

Linguagem, conhecimento e comunicação constituem fatos historicamente interligados, à medida que qualquer conhecimento é considerado incompleto se não for comunicável, e só poderá ser comunicável através da linguagem (ANDRADE e MEDEIROS, 2000).

O que permite ao ser humano construir-se como ser cultural é o simbólico. O mundo é um conjunto de sinais. Não captamos o real em si, mas as sinais – os símbolos. A maneira de “ser “ humano é constituída pela convivência com os outros, mediada por símbolos da linguagem (VYGOTSKY, 1994).

A relação com o outro ocorre através de signos, onde a linguagem é a mais importante, funcionando como mediadora da relação do homem com a realidade cultural e social.

É razoável considerar a conversação como um “órgão da linguagem”, um subsistema de uma estrutura mais complexa (CHOMSKY, 1998).

A interação face a face não é condição necessária para que haja uma conversação, como no caso das conversações telefônicas. Mas a interação centrada

é condição necessária, pois o simples acompanhamento lingüístico de ações físicas não caracteriza uma conversação (MUSSALIN e BENTES, 2001).

Iniciar uma interação significa, num primeiro momento, abrir-se para um evento cujas expectativas mútuas serão montadas. Em certos casos há alguém que inicia com um objetivo definido em questão de tema a tratar e então supõe que o outro esteja de acordo para o tratamento daquele tema, o que indica que além do tema em mente ele tem também uma pressuposição básica, que é a aceitação do tema pelo outro (MARCUSCHI, 1986). Iniciada a interação, os participantes devem agir com atenção tanto para o fato lingüístico como para os paralingüísticos, como os gestos, os olhares, os movimentos do corpo, e outros (MARCUSCHI, 1986).

O homem vive dentro de uma estrutura de referência continuamente mutante e num mundo continuamente criado e transformado por ele. A linguagem não transmite apenas informação e o seu papel funcional é a criação de um domínio cooperativo de interações entre falante através do desenvolvimento de referências, apesar de que cada falante atue dentro de seu domínio cognitivo, onde toda verdade é contingente à experiência pessoal (FIALHO, 1998).

A emissão de uma mensagem falada tem como consequência uma alternativa que determina a sua finalidade. A resposta, quando tem lugar, pode submeter-se à mensagem ou opor-se a ela. Nas relações humanas, a resposta afirmativa ou contrária, confirma a existência do emissor. No entanto, a ausência de resposta reduz o emissor a nada. É uma negação de existência do interlocutor (CECCATTY, 1991).

Durante a construção de um canal de comunicação, são de importância fundamental os sinais enviados pelos interlocutores, pois dependendo dessa sinalização é possível avaliar se está havendo uma sincronia ou uma má sincronia

entre os interlocutores. O uso de marcadores conversacionais, o uso de alguns traços prosódicos (como entonação das sílabas, mudança de altura de som, alongamentos das vogais), a realização de alguns gestos, de expressões faciais e de risos são marcas que informam ao falante sobre a compreensão do que está sendo dito e sobre o envolvimento dos seus interlocutores na interação (MUSSALIM e BENTES, 2001). Assim, ao falarmos não nos utilizamos apenas da diversidade de linguagens, mas colocamos em conexão indivíduos, linguagens, cultura e sociedade; e gestos, expressões faciais e tons de voz são, muitas vezes, mais informativos do que construções lingüísticas (SACKS, 1987; MUSSALIM e BENTES, 2001).

A fala é um veículo repleto de sons não encontráveis no dicionário. Ela não apenas é mais colorida do que o texto em preto-e-branco, como pode adquirir um significado adicional a partir de características dialógicas. Nem toda elocução precisa ter um significado lexical para ser valiosa na comunicação. Quando se está ao telefone, com frequência utilizamos sons guturais, tipo “ã-hã”, mas não significa nem “sim”, nem “não”, nem “talvez”, mas, em essência, está transmitindo uma única informação: “estou aqui” (NEGROPONTE, 1995).

A voz carrega não apenas o sinal, mas também todas as características que o acompanham, conferindo-lhe os traços da compreensão, da intencionalidade, da compaixão ou do perdão. Dizemos que alguém “soa” triste, que um argumento “soa” suspeito ou que algo não “soa” próprio de determinada pessoa. Embutidas nas pronúncias das palavras, encontram-se informações sobre sentimentos, expectativas e incertezas (NEGROPONTE, 1995).

Nenhum tema é apenas o que parece na forma lingüística que o expressa. Há sempre algo oculto, mais profundo, cuja explicitação se faz indispensável à sua compreensão geral (FREIRE, 1978).

Desta forma, conversar sobre um tema implica em buscar, tanto quanto possível, romper as aparências enganosas que podem conduzir-nos a uma distorcida visão do mesmo (FREIRE, 1978; CORTELLA, 2000).

A recente elucidação das faculdades lingüísticas tem implicações revolucionárias para nossa compreensão da linguagem e seu papel nas relações humanas, e para nossa própria concepção da humanidade (PINKER, 2002).

Para produzir e sustentar uma conversa as pessoas devem partilhar um mínimo de conhecimentos comuns. Entre eles estão a aptidão lingüística, o envolvimento cultural e o domínio de situações sociais (MARCUSCHI, 1986).

Quando estamos conversando, estamos sempre abordando um ou mais de um assunto e tópico discursivo; não importa se os temas são sérios, fundamentais para a vida dos interlocutores. O importante é a existência de algo e sobre o qual duas pessoas, pelo menos, estão conversando. O tópico discursivo pode ser definido como uma atividade em que há uma certa correspondência de objetivos entre os interlocutores e em que há um movimento dinâmico da estrutura conversacional, fazendo com que o tópico seja um elemento fundamental na constituição do texto oral (SPRITZER, 1993; MUSSALIM e BENTES, 2001).

A conversação analisa materiais empíricos, orais, contextuais, considerando também as realizações entonacionais e o uso de gestos ocorridos durante o processo. Expressões faciais, entonações específicas, um sorriso, um olhar ou um gesto com a cabeça corroboram com a construção do enunciado lingüístico que está sendo proferido, ou ainda, podem substituir um enunciado lingüístico no processo interacional face a face (MUSSALIM e BENTES, 2001). As conversas que construímos cotidianamente estão repletas dessa mistura do verbal e do não-verbal.

Além disso, tem-se constatado que a linguagem reflete a diversidade social das comunidades, variando de acordo com parâmetros, tais como o espaço geográfico, o espaço social, o espaço temático e o canal lingüístico (CASTILHO e PRETI, 1987; WEIL e TOMPAKOW, 2002).

Se considerarmos os falantes situados num mesmo espaço-tempo, ainda assim constataremos variedades em sua enunciação, segundo proceda desta ou daquela região (MILROY, 1995). Considerando agora os falantes pertencentes a uma mesma época histórica e originários de uma mesma região geográfica, de novo nos depararemos com a variação lingüística, decorrente do espaço social em que eles se acham inseridos. Simplificando bastante as coisas, poderemos identificar três elementos no espaço social: o aspecto coletivo, que nos leva às variantes socioculturais ou dialetos sociais (como a linguagem culta e a linguagem popular), o aspecto inter-individual, que nos leva às variedades do formalismo, ou do registro (como a linguagem formal ou linguagem informal), e o aspecto individual, que nos leva às variedades etárias e as relativa ao gênero (CASTILHO e PRETI, 1987 e 1988).

### 2.1.1 Como a conversa se organiza?

Desde pequenos estamos convivendo com uma regra básica da análise da conversação, pois os mais velhos nos ensinam que devemos falar um de cada vez.

Esperar a vez de falar significa esperar a ocorrência de um lugar relevante para a transição, ou seja, esperar por marcas como pausas, hesitações, entonações descendentes, uso de marcadores, que sinalizam para a transferência do turno, durante a fala do nosso interlocutor. Um falante pode entregar o direito de fala a um

outro por meio de sinais que deixem claro que ele terminou de falar ou por meio de um convite ao outro para falar. Frequentemente, em sala de aula, estamos dizendo “você falaram ao mesmo tempo e eu não entendi nada” ou um “de cada vez”. Por outro lado, somos capazes de participarmos de uma interação com várias pessoas e nos entendermos perfeitamente. A falta de organização nesse tipo de interação é apenas aparente, pois a harmonia e a organização nas conversações são muito relativas.

MARCUSCHI (1986) define turno conversacional como “a produção de um falante enquanto ele está com a palavra, incluindo a possibilidade de silêncio”, mas não considera como turno “a produção do ouvinte durante a fala de alguém, embora isto tenha repercussão sobre a fala”.

### 2.1.2 Marcadores conversacionais

Observando as conversações que ocorrem no nosso cotidiano, podemos perceber a ocorrência de alguns recursos que são traços característicos da fala, como por exemplo, quando um informante finaliza seus turnos com o emprego de “não é?”, “entendeu?”, procurando interagir com seu interlocutor. Expressões não-lexicalizadas (“uhum”) e expressões estereotipadas sinalizadoras de convergência (“é exato”, “sim”, “certo”), chamam a atenção para a participação da conversação. Estes recursos são chamados de marcadores conversacionais (MCs) (MUSSALIN e BENTES, 2001).

Com funções conversacionais, os MCs são produzidos pelos falantes (aqueles que servem para dar tempo à organização do pensamento, sustentar o turno, monitorar o ouvinte, corrigir-se, reorganizar e reorientar o discurso) e pelos

ouvintes (aqueles que são produzidos durante o turno do falante e que servem para orientar o falante e monitorá-lo quanto à recepção, por meio de sinais de convergência, com o uso de marcadores apelatórios – “né”, “é”, “tá”, e reforçatórios “sim”, “claro”, “ah sim”; de indagação, como “será? “, “mesmo?“, “o que? “, “é?”; de divergência, como “duvido “, “não”, “calma”) e continuador: “aí”, “então” (MARCUSCHI, 1986).

Os interlocutores podem recorrer a marcadores conversacionais verbais e prosódicos. Os marcadores verbais, conjunto de partículas, palavras, sintagmas, expressões estereotipadas e orações ou ainda expressões não-lexicadas (“ah é”, “ué”) não contribuem propriamente com informações novas para o desenvolvimento do tópico, mas situam-se no contexto geral, particular ou pessoal da conversação.

Os marcadores conversacionais prosódicos (chamados também de supra-segmentais), apesar de sua natureza lingüística, são de caráter não-verbal (os contornos entonacionais, as pausas, o tom de voz, o ritmo, a velocidade, os alongamentos de vogais, etc.). Dentre eles se destacam as pausas e o tom de voz como sendo importantes sinalizadores da conversação (MUSSALIM e BENTES, 2001).

### 2.1.3 Marcas de atenção

Durante a construção de uma conversação, são de importância fundamental os sinais enviados pelos interlocutores, pois dependendo desta sinalização é possível avaliar se está havendo uma boa sincronia ou uma má sincronia entre os interlocutores. A boa sincronia revela entendimento e interesse pelo tópico em andamento e uma má sincronia revela problemas no processo interacional, que vão



desde a não-aceitação do tópico até a não-compreensão do mesmo. As marcas de atenção são expressões emitidas pelo ouvinte durante o turno do falante, apontando para o desenvolvimento da interação, e permite ao ouvinte demonstrar ou não interesse ao tema/contexto da conversação. O uso de marcas de atenção, a presença de alguns traços prosódicos (entonação, mudança de altura de som, alongamentos de vogais), a realização de alguns gestos, de expressões faciais e de risos são também maneiras de informar ao falante sobre a compreensão do que está sendo dito e sobre a atitude que seus interlocutores devem adotar no encaminhamento da interação – mudar de tema, encerrar a conversa, voltar a enfocar um assunto já discutido (MARCUSCHI, 1986; WEIL e TOMPAKOW, 2002).

É possível afirmar que muito do que se compreende numa interação social resulta da relação construída entre os interlocutores e da contextualização da própria interação. Não se quer com isso descartar a importância da linguagem verbal, mas apenas salientar: i) que ao falarmos não nos utilizamos apenas de uma diversidade de linguagens, mas colocamos em conexão indivíduos, linguagens, cultura e sociedade e que ii) gestos, expressões faciais e tons de voz são, muitas vezes, mais informativos do que construções lingüísticas, visto que a gramática é um veículo pobre para exprimir os diversos padrões de emoção.

Falamos, portanto, com a voz e com o corpo. Por isso, o sistema de transcrição deve contemplar informações que assegurem o registro desses aspectos.

## **2.2 A Entrevista Médica**

É nesse contexto, que colocamos a anamnese como um momento da relação médico-paciente em que a conversação (em forma de entrevista) é o instrumento que utilizamos para obter e registrar dados sobre o paciente.

A palavra anamnese se origina de *aná*= trazer de volta, recordar e *mnese*= memória. Significa trazer de volta à mente os fatos relacionados com a pessoa e suas manifestações da doença (PORTO, 2000), permitindo registrar a entrevista médica, aperfeiçoar a relação médico-paciente, as inúmeras maneiras de sentir, sofrer, interpretar o que se sente, de relatar o que se passa no íntimo de cada um, na saúde e na doença.

O diálogo que se estabelece tem objetivo e finalidade pré-estabelecidos, isto é, a reconstituição dos fatos e acontecimentos direta ou indiretamente relacionado com uma situação anormal ou desconfortante na vida do paciente (GASK e USHERWOOD, 2002; PORTO, 2000).

Coube a Hipócrates (460-356 A.C.) sistematizar o método clínico, dando à anamnese e ao exame físico uma estruturação que pouco difere da que se emprega hoje. Pode-se dizer que as histórias clínicas registradas por Hipócrates e seus discípulos criaram as bases de exame clínico, ao valorizar o relato ordenado dos sintomas, dos antecedentes pessoais e familiares e das condições de vida do paciente (PORTO, 2000). Dois mil anos depois, Freud dá uma relevante contribuição ao desnudar as raízes dos relatos feitos pelos pacientes, descobrindo fenômenos psicológicos de grande importância na relação médico-paciente e reforçando o valor da anamnese na prática médica (PORTO, 2000).

A anamnese pode ser conduzida de duas maneiras: i) deixando-se o paciente relatar livre e espontaneamente suas queixas sem qualquer interferência do entrevistador, que se limita a ouvi-lo; ii) a outra maneira é o que se pode denominar

anamnese dirigida. Quando se usa esta técnica o paciente não terá oportunidade de fazer um relato livre e dispersivo, pois haverá um esquema básico de perguntas que conduzirá a entrevista de modo mais objetivo. A anamnese dirigida exige rigor técnico na sua execução, de modo que não se conduza por idéias preconcebidas (PORTO, 2000).

A técnica de entrevista adotada permite aos pacientes que contem suas histórias. Se o médico intervém verbalmente muito cedo ou formula perguntas específicas de modo prematuro, pode perder a evidência do relato que está procurando. Entretanto, seu papel não é passivo. O médico precisa ouvir de forma ativa e procurar indícios para sintomas, emoções, eventos e relações importantes (CASSEL, 1987; BATES, 1998).

O médico, tal qual os outros cientistas da natureza que lidam com objetos complexos, viu-se obrigado a ampliar seu universo de leitura e decodificação, a introduzir elementos antes considerados extra-sistêmicos em sua anamnese, a alargar seu alerta perceptivo e enxergar com isto um outro paciente, que tem um primeiro corpo-suporte, sobre o qual projeta a amálgama, seu outro corpo, o corpo matéria, informacional, cultural, social, histórico, um corpo semiótico, feito de sinais e símbolos, de histórias e lendas, de imaginação e fantasia, de sonhos e brincadeiras, de jogos e papéis sociais, de personagens imaginárias, de mitos e de crenças, do vivido e do desejado, dos saberes e dos sabores, dos seus temores e ansiedades, enfim um corpo feito também das suas emoções (MORIN, 1997; COX, 2001).

Instrumentos musicais existem não por causa deles mesmos mas pela música que podem produzir. Dentro de cada instrumento há uma infinidade de melodias adormecidas, à espera de que acordem do seu sono. Quando elas acordam e a música é ouvida, acontece a BELEZA e, com a beleza, a alegria. O corpo é um

delicado instrumento musical. É preciso cuidar dele, para que ele produza música. Para isso, há uma infinidade de recursos médicos. Mas o corpo, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. É preciso despertar a sua própria música. Buscar a compreensão das melodias que o ser humano tenta transmitir. Se a música do corpo for feia, ele ficará triste – poderá mesmo até parar de querer falar, conversar e viver. Mas se a música for bela, ele sentirá alegria, e desejará viver (ALVES, 2002).

A maneira como médico conversa com seu paciente, ao mesmo tempo em que anota sua anamnese, prepara as bases de uma comunicação eficaz. O fato de escutar o paciente, bem como de responder de forma precisa as suas dúvidas , auxilia o médico a compreender a música interior do paciente, o que o aflige e quais os sintomas que ele apresenta (SCHNEIDERMAN e PEIXOTO, 1997;CHARON, 2001). Pode-se perceber o que o paciente pensa sobre determinados problemas, como ou por que surgiram e qual o prognóstico esperado ou temido (BATES, 1998; FRASER e GREENHALGH, 2001). Além disso, começa-se a formular um grande número de hipóteses diagnósticas à medida que se ouve a história da doença atual do paciente.

Este processo, quando bem sucedido, consegue estabelecer um bom vínculo médico-paciente. O médico vendo o paciente como um ser humano real, enquanto o paciente, por sua vez, sente-se compreendido. A realização da anamnese auxilia na construção de uma boa história da doença atual, enquanto sugere quais as manifestações clínicas mais relevantes, correlacionando-as com o exame físico (SCHNEIDERMAN e PEIXOTO, 1997;BATES, 1998).

É, portanto, por meio da comunicação existente entre médico e paciente, que o profissional pode definir metas e objetivos para ajudar o paciente, buscando

soluções para os seus problemas, contribuindo para a promoção, manutenção e a recuperação da saúde física e mental (GREENHALGH e HURWITZ, 1999; BRESSAN e cols., 2001).

A anamnese tradicional possui várias partes, cada uma das quais com finalidade específica. O seu conjunto fornece a base estrutural para a coleta de dados e para o registro final ( BATES, 1998; RAMOS JUNIOR, 1998).

A parte primordial da anamnese começa com o relato das queixas principais e a história da doença atual do paciente. Estas são narradas através da caracterização de sintomas ou preocupações que levaram o paciente a procurar assistência ou orientação médica. A história da doença atual amplia as queixas principais e fornece um relato cronológico completo e claro de como cada um dos sintomas surgiu, e demais eventos relacionados (BATES, 1998; PORTO, 2000). Inclui também o que o paciente pensa e sente a respeito de sua doença, o que o fez procurar a assistência médica, e como a doença afetou a vida e as funções do próprio e as suas funções (BATES, 1998).

Diagnóstico, etimologicamente significa distinguir ou discernir, e em medicina significa a identificação de uma doença pela investigação de suas manifestações. Uma vez que o diagnóstico pode ser feito com base nas informações disponíveis num dado momento, o termo não significa necessariamente a identificação positiva e inequívoca de uma doença (COULEHAN e BLOCK, 1989; FIELDS e MARTIN, 1998).

O processo de diagnóstico clínico envolve basicamente dois procedimentos: a coleta de fatos e análise destes fatos. O processo é bastante complexo e os erros no diagnóstico podem ser devidos à conduta imperfeita em ambos os procedimentos. O número de fatos que podem ser recolhidos numa história detalhada e através do

exame físico é praticamente incontável. Assim, toda questão que o médico pergunta, ou dado que obtém no exame físico, devem ser cuidadosamente selecionados para eliminar alguns possíveis diagnósticos e para orientar a investigação da maneira mais objetiva possível (LOPES, 1996; HODDINOTT e PILL, 1997; COIERA, 2000).

TAYLOR, AITCHISON e MCGIRR (1971) analisando o processo de diagnóstico clínico como procedimento de tomada de decisão, apontaram algumas fontes importantes no processo: i) os dados relativos à doença do paciente podem estar incompletos, o que pode ocorrer no começo da doença antes que surjam evidências suficientes, ou em qualquer período, se o clínico não obteve informações completas e pertinentes; ii) pode haver uma falta de eficácia na análise sistemática, mesmo que os dados sejam corretos e suficientes para concluir o diagnóstico; iii) O médico pode deixar-se influenciar pela sua hipótese diagnóstica inicial, de modo a deixar de colher dados essenciais ou interpretar erroneamente as evidências acumuladas ou ainda iv) deixar que suas preferências pessoais o influenciem na tomada de decisão (FARR e SHACHTER, 1992).

### **2.3 A Lingüística na Entrevista Médica**

Como suporte teórico, da lingüística na entrevista médica, são sugeridos os conceitos de discurso, contexto, polissemia, análise da conversação e estratégias de aproximação (SILVEIRA, 1996).

O discurso, é entendido como todo processo social que utilize a comunicação; além disso, são estudados enunciados com existência concreta. POSSENTI (1988) entende o discurso como colocação em funcionamento de recursos expressivos de uma língua com certa finalidade, atividade que sempre se dá numa instância

concreta e entre um locutor e um ouvinte. O discurso é, portanto, construído em função da interação. A análise do discurso se interessa pelos interlocutores e pelo contexto de situação (enunciativo e histórico).

Sobre a significação do contexto, entende-se como o encadeamento das idéias durante uma interação, englobando numa comunicação, características extralingüísticas que determinam a produção lingüística, como por exemplo, o grau de formalidade ou a intimidade entre os falantes; assim podemos identificar diferentes tipos de contexto na situação médica, envolvendo aspectos importantes na relação médico-paciente . Ressalte-se que no contexto institucionalizado com um quadro de atividades, processos de fala parecem criar um sentido mais restrito de contexto, como a interação organizada e negociada pelos interlocutores.

Quando se usa um termo com várias acepções diz-se que há polissemia, podendo uma palavra ter várias significações; assim, os sentidos não são jamais fechados e acabados, mas múltiplos e incompletos. É da tensão entre a multiplicidade possível dos sentidos – a polissemia, o diferente e a domesticação institucional da linguagem – a paráfrase do mesmo – que resulta todo um movimento das significações que constituem o interação (ORLANDI, 2002). Na entrevista médica, a possibilidade de polissemia nos enunciados, pode alterar o significado da informação e dificultar o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico.

A análise da conversação estuda todas as formas de “interação verbal e não-verbal” existentes em nossa sociedade (podendo ser aplicada para o aperfeiçoamento da entrevista médica) (MARCUSCHI, 1986), reconhecendo que a conversação nos diz algo sobre a natureza da língua como fonte para se fazer a vida social (MUSSALIN e BENTES, 2001) .

Através das estratégias de aproximação, os médicos desenvolvem maneiras de se aproximar dos pacientes, que remetem a uma matriz discursiva, procurando elaborar mecanismos, que conduzam ao melhor entendimento do outro, objetivando conseguir uma interação satisfatória. Os médicos apagam as diferenças existentes entre eles e os pacientes com o propósito de garantir eficácia no diagnóstico e na terapêutica (SILVEIRA, 1996). As estratégias de aproximação podem ser definidas como a relação que se estabelece entre os recursos interpretativos dos médicos e os elementos lingüísticos, prosódicos e cinésicos dos textos produzidos por médicos e pacientes. Tais mecanismos de aproximação criam determinados efeitos de sentido que conduzem os pacientes, segundo os propósitos estabelecidos pelos médicos em cada caso. Estão ligados, pois, à noção de polissemia, na medida em que o outro (o paciente) se inscreve na fala, mas também à paráfrase, uma vez que são efeitos de sentido construídos no diálogo médico.

O treino de realizar a entrevista médica observando as marcas lingüísticas facilita as estratégias de aproximação na comunicação médico-paciente (CASSEL, 1987). Tais estratégias contribuem para melhorar a conversação e o discurso médico-paciente. Este aspecto interativo sinaliza uma tentativa do profissional de se aproximar do paciente, evitando problemas interpretativos e viabilizando a adequação do diagnóstico (SILVEIRA, 1996).

As estratégias de aproximação possibilitam ao médico amenizar o clima tenso de algumas consultas, assegurando o bem-estar de interação e podendo proporcionar também um entendimento mais eficaz da parte do paciente no tocante às explicações ou recomendações médicas (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Com a utilização da lingüística como estratégia de facilitação da comunicação médica, busca-se realçar o lado humano da relação médico-paciente e evidenciar



que na consulta não estão presentes simplesmente a autoridade e o poder do médico (SILVEIRA, 1996). Não se trata de simetria, nem de igualdade de papéis, mas são recursos a serem percebidos ou atenuados pelo médico. Uma evidência de tais construções da conversação é que no curso de medicina, os estudantes recebem treinamento sobre como evitar o uso de termos técnicos, entender expressões regionais, como se comportar em situações especiais (pacientes prolixos, ansiosos, hostilidade, indícios verbais ou não verbais de raiva, entre outras) (SILVEIRA, 1996; BATES, 1998).

O processo diagnóstico começa no momento que o paciente e o médico se encontram para trocar saudações e identificar-se (NARDONE e cols., 1992). O número de potenciais entidades fisiopatológicas responsáveis pela queixa do paciente é infinito. Através de várias coletas de dados e análise de estratégias, hipóteses são aventadas e descartadas até que o diagnóstico mais provável seja considerado (NARDONE e cols., 1992).

A utilização de técnicas diagnósticas de entrevista depende de: i) características do profissional, experiência clínica e conhecimento científico; ii) características do paciente, gravidade da doença e reação à mesma; iii) circunstâncias do encontro – ambiente, tipo de visita e disponibilidade de apoio. O processo diagnóstico depende da flexibilidade de uma estratégia para a outra e da qualidade envolvida na relação médico-paciente (NARDONE e cols., 1992; GASK e USHERWOOD, 2002).

### 2.3.1 Comunicação não-verbal na entrevista médica

A comunicação não-verbal é o processo de transmitir informações sem o uso de palavras. Inclui a maneira como a pessoa usa o seu corpo: expressões faciais, olhar, gestos de mão e braço, postura e vários movimentos de pernas e pés. A comunicação não verbal inclui também a paralingüística ou o “como” da fala : isto abrange qualidades da voz, a velocidade com que fala , pausas silenciosas e erros na fala. É provável que seja através de aspectos não-verbais que aprendemos os sentimentos dos outros. Reconhecemos a raiva não tanto pelo que a pessoa diz, mas pelo modo como é dito (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Um outro componente da comunicação não-verbal envolve o uso de espaço pessoal e social. Quanto nos aproximamos fisicamente enquanto falamos com nossos amigos, companheiros, pacientes? Muitas vezes a mensagem não-verbal é mais precisa do que as frases ditas.

É estimado que em até 65% do sentido de um encontro social é comunicado não-verbalmente (CASSEL, 1987). A comunicação não-verbal está intimamente relacionada à comunicação verbal; geralmente a antecipa, substitui, aumenta ou a contradiz, sendo o método primário de expressão das emoções. As expressões não-verbais são menos susceptíveis à censura do que as verbais e pode indicar com mais confiança o que está sendo comunicado (MILROY, 1995).

As formas de comunicação não-verbal com importância para potencial diagnóstico incluem paralinguagem, aparência física, gestos. movimentos, comportamento visual, expressão facial, silêncio e proximidade ( NARDONE e cols, 1992; GASK e USHERWOOD, 2002).

STEINBERG (1988) sistematiza os recursos não-verbais normalmente empregados pelos falantes de uma dada língua numa conversa em:

- a) paralinguagem: sons emitidos pelo aparelho fonador, mas que não fazem parte do sistema sonoro da língua usada;
- b) cinésica: movimento do corpo como gestos, postura, expressão facial, olhar e riso;
- c) proxêmica: a distância mantida entre os interlocutores;
- d) tacênica: o uso de toques durante a interação;
- e) silêncio: a ausência de construções lingüísticas e de recursos da paralinguagem.

A paralinguagem é uma modificação do aparelho fonador, ou mesmo a ausência de atividade desse aparelho, incluindo nesse âmbito todos os sons e ruídos não-lingüísticos, tais como assobios, sons onomatopaicos, altura exagerada (MUSSALIM e BENTES, 2001). Quanto aos gestos, os audíveis estão no campo da paralinguagem, enquanto os visuais podem ser analisados no âmbito da cinésica (MUSSALIM e BENTES, 2001). Os atos paralingüísticos e cinésicos desempenham funções variadas no curso da interação e de acordo com essas funções podem ser classificados como lexicais (episódios não-verbais com significado próprio, como “Shhh” para indicar “fique quieto”), descritivos (suplementam o significado do diálogo através dos ouvidos e dos olhos”), reforçadores ( reforçam ou enfatizam o ato verbal), embelezadores (movimenta-se o corpo para realçar a fala) e acidentais (aqueles que ocorrem por acaso, sem uma função semântica) (STEINBERG, 1988). Dessa forma, a interação verbal se encontra apoiada em uma estrutura não-verbal – paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacênica e silêncio -, exigindo dos analistas que utilizam a oralidade uma postura interdisciplinar, uma vez que esses elementos estruturam a sociedade e são por ela estruturados.

O processo de conversação é enriquecido por elementos como a distância entre os falantes, o uso de toques e mesmo o silêncio, que quando bem colocado pode ter significado expressivo na condução do ato interativo (ORLANDI, 2002).

Os elementos não-verbais podem ajudar o médico durante a realização da anamnese quanto: i) a avaliação da gravidade da doença; ii) impressão de credibilidade dos dados; iii) geração de hipóteses sobre causas e complicações das doenças; iv) providenciar dados que corroborem ou refutem as hipóteses diagnósticas.

A observação da expressão não-verbal durante a fase inicial da entrevista facilita a geração de hipóteses sobre o estado da doença (aguda ou crônica). É também no início da entrevista que o médico elabora impressões de credibilidade, parcialmente de dados não-verbais, para acompanhar a acurácia e objetividade da história subsequente. Uma queixa de dor intensa em paciente com facies de dor, diaforético, é um dado de importância; enquanto em um paciente que não parece angustiado e está sorrindo, causa ao entrevistador o questionamento sobre a maneira como foi caracterizada a queixa. Este julgamento de credibilidade pode ser baseado na congruência ou incongruência da comunicação verbal e não-verbal.

Mesmo que a necessidade de avaliação da credibilidade seja enfatizada, o processo para fazê-lo não está bem definido. Talvez seja muito intuitivo (FRANQUEMONT, 2002).

Porém, com certeza podemos melhorar nossas atenções nos dados da conversação entre médico-paciente, estimulando e ensinando essas observações nos primeiros encontros do estudante com o paciente (CASSEL, 1987; GASK e USHERWOOD, 2002).

Os médicos freqüentemente produzem a primeira hipótese diagnóstica observando características físicas antes mesmo de qualquer contato verbal ser feito: paciente apontando para o local da dor, curvando-se, colocando a mão no peito, expressão de dor, apertando os olhos, tosse, entre outros (CASSEL, 1987).

Assim existimos: observando, conversando e fazendo. E, porque fazemos, pensamos. E, porque pensamos, fazemos nossa existência. é por isso que a prática de pensar a prática - o que fazemos – é a única maneira de pensar – e de fazer – com exatidão (CORTELLA, 2000).

Essa é a razão básica pela qual o ensino do conhecimento científico precisa reservar um lugar para falar sobre o erro da interpretação: o conhecimento é resultado de um processo, e este não está isento de equívocos; isto é, não fica imune aos embaraços que o próprio ato de investigar a realidade acarreta (CORTELLA, 2000; ALVES, 2001). Muitas vezes, observa-se que a realização da anamnese, pode ter encaminhamentos diferentes dependendo da relação médico-paciente estabelecida, experiência e habilidade do entrevistador.

É fácil constatar que não podemos apoiar nossas certezas apenas nas informações e conclusões que nos chegam por intermédio da percepção: temos ilusão de ótica, pensamos estar ouvindo algo e, na realidade, é outra coisa, uma sensação tátil ou um gesto nem sempre correspondem àquilo que imaginávamos estar interpretando adequadamente (CORTELLA, 2000).

Embora muitos gestos específicos tenham sido estudados e interpretados, eles devem ser julgados na singularidade do encontro interpessoal, e sempre serem confirmados com o paciente. Quando o gesto ou a expressão facial parecem indicar algo diferente das palavras ditas, deve-se fazer um esforço para determinar qual –

se o gesto ou a palavra – está mandando a mensagem real (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Quando se ouve alguém falar, não se ouve apenas as palavras; ouvem-se as palavras e tudo que as envolvem. Ouve-se o tom de voz e modulação, além do conteúdo específico. Você percebe quando o paciente faz uma pausa na sua história ou antes de responder a uma pergunta. As funções da pausa incluem: i) tempo para lembrança completa, ii) tempo de formação da frase, iii) preparação da resposta. Em geral é útil observar o número, a qualidade e a localização das pausas. As pausas longas e freqüentes associadas com uma amplitude baixa e um tom monótono de voz sugerem uma pessoa deprimida ou triste (COULEHAN e BLOCK, 1989).

### 2.3.2 A comunicação verbal na entrevista médica

Enquanto dados não-verbais auxiliam na geração de hipóteses, a inter-relação verbal entre médico e paciente proporciona oportunidades para um amplo processo de raciocínio diagnóstico (NARDONE 1992).

Ao fazermos uma anamnese, as unidades básicas de medida são as palavras. Palavras que são usadas para descrever as sensações percebidas pelo paciente e comunicadas ao médico. As palavras são medidas verbais e deveriam ser compreendidas com precisão; elas devem, portanto, ser tão detalhadas quanto necessário e o menos ambíguas possível (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Ao efetuar a coleta dos dados, os médicos especificam a queixa principal e a caracterização da história da doença atual, resultando na geração de hipóteses, no início ou no transcorrer da entrevista. Na caracterização da queixa, a ênfase é para a seqüência cronológica, detalhes das manifestações, sintomas associados, fatores

precipitantes, de piora ou de melhora. Durante a análise das queixas, o entrevistador integra as informações coletadas. O questionamento é baseado no conhecimento de mecanismos fisiopatológicos e na evolução da história natural da doença (NARDONE e cols., 1992).

A história da doença atual é uma elaboração cuidadosa da queixa principal e de outros sintomas apresentados desde a última vez que o paciente se sentiu bem, até a situação atual. A melhor estratégia em geral é, primeiro, deixar o paciente falar e depois usar várias perguntas, norteadoras ou não, para esclarecer e complementar (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Pergunta e resposta compõem a unidade fundamental da organização conversacional. Mas esse par adjacente pode ter “várias formas de realização: a pergunta pode ser na forma interrogativa direta, mais comum, ou na indireta e as respostas também podem ser na interrogativa “ (MARCUSCHI, 1986).

As perguntas abertas são uma boa maneira de começar, dando liberdade para o paciente falar e para o examinador adaptar-se a singularidade do momento. As frases abertas são as chamadas facilitadores mínimos; são expressões como “sim?” , “e?” ou “o que mais?”. Sinais não-verbais, tais como balançar a cabeça concordando ou sorrir, podem também servir como um estímulo para o paciente continuar falando (WEST, 1984).

As perguntas fechadas fornecem os detalhes e esclarecem dados imprecisos. São oportunas nas situações de emergência, com os pacientes reticentes e para dados históricos estruturados, tais como história pregressa e revisão de sistemas.

Entretanto, uma anamnese, na qual o entrevistador faz uma pergunta fechada atrás da outra, produzirá dados falsos ou incompletos, inibindo o paciente em

comentar aspectos importantes que de alguma maneira possam estar interferindo no seu bem estar (COULEHAN e BLOCK, 1989).

Um aspecto importante do uso da linguagem médica e do pensamento padronizado é que freqüentemente a nossa capacidade de descrever sentimentos, qualidades e emoções com acurácia e precisão fica empobrecida (WEST, 1984). A empatia exige tanto a compreensão acurada quanto o *feedback* desta compreensão ao paciente. Isto requer que identifiquemos não só os fatos mas também sentimentos, não só quantidades mas também qualidades, não só dados mas também emoções. Num certo sentido, devemos abrir nossas portas e janelas sensitivas para o mundo: devemos reaprender e treinar o uso de um amplo vocabulário de palavras que descrevam emoções e dados importantes que o paciente está querendo nos comunicar.

Os pacientes usam palavras para quantificar muitos sintomas: quanta dor, quanto sangue, quanto sofrimento, quanto vômito. Embora estejamos mais à vontade com os números para expressar quantidades, o paciente descreve sua dor baseado na própria experiência biopsicossocial e na consciência de sua estrutura física e mental (MELEIRO, 1999).

## **2.4 A Consciência Corporal**

Precisamos recuperar a consciência do próprio corpo. Um bebê adquire seu primeiro senso de identidade pessoal pela percepção de seu corpo. “Podemos chamar ao corpo, segundo o que sente a criança, o primeiro âmagô do *ser*” (MAY, 1973). O bebê segura a perninha de vez em quando e, mais cedo ou mais tarde, ocorre a experiência: “Isto é uma perna. Eu a sinto e ela pertence a mim”.



A aptidão para perceber o próprio corpo é de grande importância no decorrer de toda a vida. É um fato curioso que a maioria dos adultos perdeu a tal ponto a percepção corpórea que se mostra incapaz de dizer como sente a própria perna, ou o tornozelo, ou o dedo médio, ou qualquer outra parte do corpo, caso alguém lhe pergunte. A maioria age sob o princípio: “Que os pés e as mãos se sintam como bem quiserem, de qualquer modo preciso trabalhar”. Na experiência da doença, há um chamado para a consciência corporal: *“A doença não ocorreu só porque eu estava trabalhando demais, ou porque contrai os micróbios, mas porque tentava ser algo que na verdade não era. Eu estava vivendo como um louco, correndo de um lado para outro, fazendo três coisas ao mesmo tempo e deixando adormecido e desusado o lado da minha personalidade que queria contemplar, ler, pensar, em vez de trabalhar e viver a toda velocidade. A doença é uma exigência e uma oportunidade para redescobrir minhas funções perdidas. É como se a natureza quisesse dizer: Você precisa tornar-se um ser total e ficará doente na medida em que não o fizer”* (MAY, 1973).

*A doença tem uma função iniciática no processo de conscientização do corpo: por meio dela se pode chegar a um maior conhecimento de nós mesmos. Pode ser que não tenhamos despertado para isso, mas o fato é que todas as coisas belas do mundo são mais valorizadas e admiradas no contexto da doença-dor. O homem cria a beleza como remédio para sua dor, como bálsamo para seu medo de sofrer. A verdadeira criação é fruto do sofrimento* (ALVES, 2002).

*Não se pode considerar a dor simplesmente como expressão de um sintoma que tenha por finalidade a proteção ou defesa do corpo a uma agressão, embora seja esta a sua razão principal. Sua presença sem dúvida determina o*

*desenvolvimento de valores éticos e morais desde que tem papel importante na regulação do comportamento e nas relações pessoais (MACRUZ, 1976).*

*Entre as funções mais precoces da dor na infância está sua contribuição para individualizar o corpo do meio e formar a imagem corporal. Assim quando uma criança morde seus próprios dedos ela está aprendendo que o elemento traumatizado é parte de seu próprio corpo e o agente agressor também o é. Mais tarde ao bater a mão contra uma estrutura mais forte ele aprende que a região traumatizada é parte de seu corpo, porém o traumatizante está fora, independe dele e é parte do mundo exterior (MACRUZ, 1976).*

*Experiências ainda precoces de dor também formam bases para numerosas experiências condicionantes as quais determinam rapidez em sentir dor em algumas circunstâncias e não em outras.*

## **2.5 A Experiência da Dor**

A história do homem confunde-se com a da dor. Filósofos, pensadores, médicos, sacerdotes, psicólogos e sociólogos sempre buscaram compreender este problema, que pertence ao homem, como realidade intrínseca à sua própria natureza. O homem sofre fisicamente desde que existe, e a dor é, um dos mais , senão o mais freqüente , sintoma ou queixa que leva o paciente a procurar ajuda (RAMOS JUNIOR, 1998).

O interesse voltado ao estudo da natureza e do significado da dor física é bastante antigo – gerações inteiras de estudiosos procuraram fornecer um esclarecimento a este problema (FIGUEIRÓ, 2000).

Aristóteles referia que a consciência da dor estaria no cérebro, enquanto Pitágoras dizia que deveria haver um processo complicado para que o cérebro tivesse consciência da dor, delineando a complexidade dos fenômenos neurofisiológicos da dor (RAMOS JUNIOR, 1998).

É difícil definir em termos exatos o que venha a ser dor. Miller denominou dor como sendo uma reação a estímulo desagradável, repetindo, basicamente, o que Aristóteles dizia 24 séculos antes. Porém, uma diferença existe entre as duas definições, pois para Aristóteles a dor era uma sensação de sofrimento contrária às do prazer, enquanto que Miller o relacionava a um estímulo desagradável. Enquanto o primeiro fornece uma definição filosófica, o segundo uma fisiológica (MACRUZ, 1976).

Após essa grande era dos filósofos gregos, a evolução do estudo da dor foi trilhada através de crendices, misticismo, e mesmo com interpretação religiosa da dor que seria consequência do pecado (RAMOS JÚNIOR, 1998).

Dor é sinal de alarme, o grito do corpo a estímulos que o agredem ou tentam destruí-lo. Agredir é modificar a estrutura, destruir a forma, alterar ou terminar a função seja de grupos celulares, de parte de órgãos, de sistemas ou mesmo de todo o ser. Daí ser o estímulo que a provoque, destruidor ou que beira o limite da destruição (MACRUZ, 1976).

Compreendidos assim, todos os estímulos normais, que causam sensações ao corpo ou todos os receptores do organismo quando exageradamente estimulados podem produzir dor. Pode-se mesmo definir como estímulo doloroso qualquer um que atinja o limiar da máxima resposta. Assim, um som pode ser agradável aos ouvidos, porém mais intenso ou mais freqüente, pode converter-se em estímulo

doloroso; uma luz pode ser agradável à visão, porém, quando intensa, pode desencadear dor.

A palavra “dor” origina-se do latim *dolore*, conceituada como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões” (IASP, 1986).

Ao tentarmos refletir sobre o fenômeno da dor, é importante que tenhamos em consideração seu caráter altamente complexo, que envolve tanto nossas emoções como nosso corpo. Cada dor é uma dor diferente, sentida por pessoas diferentes. Por isso ela deve ser respeitada e adequadamente avaliada, para que possa realmente ser tratada.

A dor é sempre pessoal e subjetiva: é uma experiência íntima, não compartilhada. Aprendemos a falar dela a partir de nossa própria experiência, desde o início da vida – e cada um de nós a sente e a expressa de modo peculiar.

É praticamente impossível avaliá-la objetivamente ou conhecer com exatidão a experiência de dor de outros indivíduos. Diante de um mesmo estímulo doloroso, duas pessoas poderão ter reações muito diversas: enquanto uma se queixará de dores terríveis, lancinantes, a outra poderá considerar a experiência bastante suportável. Várias características contribuem para essa variação – dentre elas, a história de vida do indivíduo, seu contexto sociocultural, o tipo de personalidade e a situação do momento. Dar vazão à dor ou negá-la dependerá sempre dessas peculiaridades (FIGUEIRÓ, 2000; ALVES, 2002).

Dessa forma, a avaliação da dor fica por conta, principalmente, da interpretação do comportamento/comunicação verbal ou não-verbal de quem sofre.

Como a dor é universalmente compreendida como um sintoma de doença, constitui o mais comum sintoma a trazer o paciente à atenção do médico (FIELDS e

MARTIN, 1998). A função do sistema de sensibilidade à dor consiste em detectar, localizar e identificar os processos que danificam os tecidos. Como diferentes doenças produzem padrões característicos de lesão tecidual, o caráter, a evolução cronológica, o local da queixa do paciente e a localização da dor à palpação são indícios importantes para a compreensão da queixa do paciente (BAYLISS, 1998).

A dor é uma sensação desagradável localizada em uma parte do corpo. É muitas vezes descrita em termos de um processo penetrante ou destrutivo do tecido ( por exemplo, em facada , em queimação, dilacerante) e/ou uma reação orgânica ou emocional (como aterrorizante, nauseante, repugnante). Além disso, qualquer dor de intensidade moderada ou intensa é acompanhada de ansiedade e do impulso de escapar ou terminar a sensação. Estas propriedades ilustram a dualidade da dor: é ao mesmo tempo sensação e emoção (FIELDS e MARTIN, 1998; COHN e COHN, 2002).

### 2.5.1 As vias da dor

A dor – como qualquer outra sensação – tem para os organismos vivos uma função adaptativa. A dor aguda, por exemplo, serve como sinal de que algo está errado. Se quisermos percorrer o caminho do mecanismo de percepção da dor, devemos acompanhar a seqüência de eventos que inicia com uma recepção de estímulos. Nosso organismo é dotado de receptores sensíveis a estímulos mecânicos, térmicos e químicos. Esses receptores se encontram dispostos por todo o corpo, tanto de forma superficial (na pele) como de forma profunda (na parede das vísceras, dos vasos sanguíneos e no sistema musculoesquelético). Quando há

algum tipo de lesão ocorre a liberação de substâncias químicas denominadas algio gênicas (produtoras de dor) que regulam a atividade desses receptores.

Os receptores da dor na pele e em outros tecidos são todas as terminações nervosas livres. Estão amplamente dispersos nas camadas superficiais da pele e também em certos tecidos internos como o periósteo, as paredes arteriais, as superfícies articulares, a foice e o tentório da caixa craniana. A maior parte dos outros tecidos profundos não é extensamente suprida por terminações da dor, mas escassamente; entretanto, em casos de lesão pode ocorrer uma somatória de fatores para a manifestação dolorosa (GUYTON e HALL, 1998).

A dor pode ser provocada por diferentes tipos de estímulos: mecânicos, térmicos e químicos.

Algumas substâncias que excitam o tipo da dor química incluem a bradicinina, serotonina, histamina, íons potássio, ácidos, enzimas proteolíticas, e a substância P. As substâncias químicas são importantes, ao estimularem os mecanismos, determinando o tipo de dor intensa que ocorre após a lesão dos tecidos (GUYTON e HALL, 1998).

Em média, as pessoas começam a perceber a dor quando a pele é aquecida acima de 45°C. Essa é, também, a temperatura na qual os tecidos começam a ser lesados pelo calor, ocorrendo destruição dos tecidos se a temperatura permanecer acima deste nível.

Apesar de todos os receptores da dor serem terminações nervosas livres, essas terminações utilizam duas vias separadas para transmitir os sinais da dor para o Sistema Nervoso Central. As duas vias correspondem aos dois diferentes tipos de dor, uma via da dor rápida-aguda e uma via da dor lenta-crônica.

Os sinais da dor rápida-aguda são transmitidos dos nervos periféricos para a medula espinhal por fibras pequenas do tipo A delta, com velocidade entre 6 e 30m/s. O tipo da dor lenta-crônica é transmitido pelas fibras C muito menores e que conduzem mais lentamente com velocidade entre 0,5 a 2 m/s (GUYTON e HALL, 1998).

Ao entrarem na medula espinhal, os sinais da dor seguem dois caminhos diferentes para o cérebro, pelo feixe neoespinotalâmico e pelo feixe paleoespinotalâmico. As fibras “rápidas” da dor do tipo A delta transmitem sobretudo a dor mecânica e térmica aguda. Terminam principalmente na lâmina I das pontas dorsais, estimulando neurônios de segunda ordem do feixe neoespinotalâmico. Estes dão origem a fibras longas que cruzam imediatamente para o lado oposto da medula pela comissura anterior e depois vão para cima em direção ao cérebro nas colunas ântero-laterais. Algumas fibras do feixe neoespinotalâmico terminam nas áreas reticulares do tronco cerebral, mas a maioria segue até o tálamo, terminando no complexo ventro-basal, juntamente com o trato dorsal lemnisco-medial para as sensações táteis. Em seguida, os sinais são transmitidos para outras áreas basais do cérebro e para o córtex sensorial somático(MACHADO, 2000).

A via paleoespinotalâmica é um sistema muito mais antigo e transmite a dor conduzida sobretudo pelas fibras periféricas lentas-crônicas do tipo C. Nesta via, as fibras periféricas terminam quase inteiramente nas lâminas II e III das pontas dorsais. A maior parte dos sinais passa através de um ou mais neurônios de fibra curta adicionais dentro das próprias pontas dorsais antes de penetrarem na lâminas V e VIII, também nas pontas dorsais. O último neurônio da série dá origem aos longos axônios que na sua maioria se juntam às fibras da via rápida, passando pela

comissura anterior para o lado oposto da medula e depois para cima em direção ao cérebro na mesma via ântero-lateral (MACHADO, 2000).

A via paleoespinotalâmica lenta-crônica termina amplamente disseminada no tronco cerebral. Apenas de um décimo a um quarto das fibras faz todo o trajeto até o tálamo. Em vez disso, estas fibras terminam principalmente em múltiplas áreas no bulbo, na ponte e no mesencéfalo.

Das áreas do tronco cerebral, múltiplos neurônios de fibra curta retransmitem os sinais da dor em direção aos núcleos intralaminares do tálamo e também para certas partes do hipotálamo e outras regiões adjacentes do cérebro basal.

A dor do tipo rápida-aguda pode ser localizada com muito mais exatidão nas diferentes partes do corpo que a dor lenta-crônica. No entanto, mesmo a dor rápida, quando apenas os receptores da dor são estimulados, sem a participação simultânea dos receptores táteis, é ainda mal localizada, sendo percebida em torno de 10 centímetros, mais ou menos, da área estimulada (GUYTON e HALL, 1998).

### 2.5.2 Aspectos epidemiológicos

Estudos epidemiológicos demonstram que 75% a 80% das pessoas que procuram o sistema de saúde o fazem por causa da dor (FIGUEIRÓ, 2000).

Um estudo epidemiológico sobre a frequência e distribuição da dor, no Brasil, foi realizado em 1995, coordenado pelo Grupo de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse estudo constatou que tanto médicos e profissionais de saúde (farmacêuticos e enfermagem) como doentes desconhecem muitos fatos relacionados à biologia e às condutas em casos de dor.



Os entrevistados compartilhavam muitos conceitos incorretos ou incompletos, e a maioria negligenciava não só as repercussões neurofisiológicas e comportamentais, como também o sofrimento associado. Segundo essa pesquisa, há um predomínio de dores relacionadas ao sistema musculoesquelético, ao segmento cefálico e ao abdômen. Nos serviços de emergência, destacam-se as dores relacionadas ao infarto do miocárdio e à dor abdominal (FIGUEIRÓ, 2000).

### 2.5.3 A dor torácica

A localização torácica de dois órgãos vitais – o coração e os pulmões – capazes de produzir dor é a razão para tanta preocupação com as dores torácicas (PORTO, 1991).

O principal objetivo da avaliação de pacientes com dor torácica é identificar a doença responsável pelo sintoma, principalmente as de maior morbi-mortalidade (SANMARTIN E OLIVEIRA-SOUZA, 2000). Entre essas, destacam-se o infarto agudo do miocárdio e a angina instável (mais freqüentes), a dissecação aguda da aorta e a embolia pulmonar (ambas de baixa prevalência, mas não menos graves).

Cabe ao médico diferenciar as possibilidades diagnósticas com base nas características da dor. A distinção rápida e precisa entre o infarto agudo do miocárdio e outras causas de dor torácica é decisiva para o imediato encaminhamento terapêutico dos pacientes (RICHARD, REID e WATT, 2002).

De acordo com a etiologia e a localização do agente patológico que causa a dor torácica, esta assume características fisiopatológicas próprias e que podem permitir a sua identificação e o local de origem. A dor que se origina na parede do tórax é categorizada como dor somática por resultar de doenças que envolvem pele,

tecido subcutâneo, músculos, ossos e articulações. Acentua-se por movimentação ativa da região afetada na caixa torácica, por compressão local, pela tosse e pela inspiração profunda, podendo durar dias ou semanas. Uma condição clínica típica é a síndrome de Tietze, resultante de um processo inflamatório da junção condroesternal, associado a edema, eritema e aumento localizado de temperatura, conseqüente a uma costochondrite inflamatória (ARAÚJO, MESQUITA e BASSAN, 2000; COHN e COHN, 2002).

A dor torácica no contexto da pneumonia, tuberculose ou embolia pulmonar resulta do envolvimento da pleura. A “dor pleurítica” é caracterizada pela instalação aguda, forte intensidade e acentuação inspiratória. A dor pouco se modifica por compressão local ou movimentação ativa do tórax (PORTO, 1991; COHN e COHN, 2002).

A dor com origem no coração: há relato de 350 mil novos casos por ano nos EUA de angina do peito. A dor causada pela isquemia miocárdica é referida pelo paciente como “queimação”, “desconforto”, “pressão”, “aperto”, geralmente localizados na região precordial ou retroesternal, podendo se irradiar para a mandíbula, o braço esquerdo ou para o dorso (SANMARTIN e OLIVEIRA-SOUZA, 2000). O modo como o paciente posiciona a mão fechada sobre o peito para enfatizar a queixa pode ser valioso para o diagnóstico diferencial. Todavia, mais importantes do que a localização e a qualidade da dor são os fatores que a deflagram e atenuam. A angina do peito é geralmente desencadeada por atividade física, cotidiana ou não, pelo frio intenso, pela ansiedade ou emoções, pelas refeições volumosas e pelo estágio REM do sono. Por sua vez, o alívio da dor costuma sobrevir em minutos após o repouso e/ou a ministração de nitratos (GARDNER e CHAPPLE, 1999; ARAÚJO, MESQUITA e BASSAN, 2000).

A angina do peito é a síndrome clínica classicamente desencadeada pela isquemia miocárdica. A organização anatômica e as características funcionais das terminações nervosas que contribuem para a dor na angina do peito vêm sendo estudadas há muitas décadas, já tendo sido elaboradas várias hipóteses para a sua fisiopatologia (SANMARTIN e OLIVEIRA-SOUZA, 2000; COHN e COHN, 2002).

Desde há muito, presumivelmente, séculos antes de Hipócrates (460 a 370 AC), a dor cardíaca tem sido objeto de consideração e observação mais acurada, embora seja dele os primeiros escritos encontrados. A piora da dor torácica pelo temperatura fria (vento frio) pode ser o significado da seguinte afirmação: *“as preocupações diárias, tal como o vento do Norte (frio) ... agrava qualquer dor precordial preexistente”*. Numa discussão de caso de angina, Hipócrates pode ter se referido ao infarto do miocárdio quando escreveu – *“Angina é grave e rapidamente fatal, quando nenhuma lesão é vista na garganta ou nuca e ademais causa dor muito intensa e ortopnéia, que poderá sufocar o doente mesmo no primeiro dia ou no segundo, terceiro ou quarto”*. Maior evidência de que o conhecimento de Hipócrates sobre a doença era real, pode-se notar quando afirma: *“freqüentes ataques de dor no peito em uma pessoa idosa, denota, na maior parte das vezes, morte súbita”*. Segundo estes relatos, Hipócrates já descrevia a dor cardíaca, sua gravidade, seu grau e o diagnóstico diferencial com outras dores torácicas (MACRUZ, 1976).

O termo “angina”, do grego *“apertar”*, era considerado por Galeno inflamação da garganta, e era utilizado para descrever a sufocação do tétano, a dor cardíaca, a faringite estreptocócica, tonsilite e difteria.

Após Hipócrates, até 1772 quase nada foi acrescentado à descrição da angina do peito. Então, Heberden descreve, baseado em suas observações: *“Existe*

*uma afecção do tórax caracterizada por intensos sintomas e que é importante conhecer pelo risco que traz. A localização da dor e a sensação de opressão e ansiedade que a acompanham fazem com que não seja impróprio dar-lhe a designação de angina pectoris. A dor localiza-se na região esternal, algumas vezes na parte superior, outras na parte média: em certas ocasiões na parte inferior e com freqüência se estende do tórax para o braço. As pessoas que sofrem desta doença relatam que a dor aparece durante uma caminhada, sobretudo quando sobem uma escada ou após as refeições. A dor é intensa e o paciente tem a sensação de que pode morrer se a dor persistir ou intensificar. Mas quando param, o sofrimento desaparece. No intervalo, sentem-se perfeitamente bem sob todos os aspectos, com a particularidade de que não têm qualquer dificuldade respiratória. Observei quase uma centena de indivíduos com esta enfermidade, entre eles havia três mulheres e um jovem de 13 anos. Contudo, a maioria era homens que haviam passado dos 50 anos.” (PORTO, 1998).*

A primeira descrição das características clínicas típicas do infarto agudo do miocárdio IAM foi publicada em 1910 pelos médicos russos Obrastozow e Straschesko (RAMOND, 1937). Logo após, em 1912, Herrick sugeriu que o quadro clínico de IAM estaria relacionado com a trombose coronariana.

Herrick, em 1912, faz uma descrição completa da síndrome dolorosa com estudo anátomo-patológico: “... mas há razões para se crer que ainda que ainda podem se ocluir – os ramos maiores das artérias coronárias, às vezes de modo agudo, sem que sobrevenha a morte num futuro próximo. Ainda o tronco principal pode às vezes ocluir-se o paciente sobreviver ...” (MACRUZ, 1976).

A narrativa seguinte é a transcrição de uma observação clínica de 1937: “B... tem 75 anos mas parece ter somente 65. É muito ativo e ocupa-se ainda muito

*assiduamente de seus negócios. Jamais procurou médico a não ser em 1916 por causa de uma congestão pulmonar gripal.*

*Na terça-feira 17 de dezembro de 1929, saiu de sua casa, situada no arrabalde Saint-Honoré, para ir à avenida dos Champs-Élysées onde tinha que discutir um negócio. Ao sair, teve uma sensação de frio, embora a temperatura não estivesse verdadeiramente muito fresca segundo afirmava o filho que o acompanhava, e sentiu necessidade de levantar a gola do sobretudo. Foi a pé pela rua de Berri até o local de seu encontro nos Champs-Élysées. A marcha o aqueceu, e lepidamente e bem disposto terminou a caminhada.*

*Ora, eis que, bruscamente, às onze horas, na casa em que fora fazer negócio, teve uma violenta dor precordial, que o obrigou a interromper a conversa e voltar para casa. Penosamente desceu as escadas e tomou uma carruagem para ir para casa, por causa da dor e da dificuldade em respirar.*

*Em casa continuou a sentir no interior do tórax, na região do coração, a mesma dor atroz e angustiante. Deitou-se mas não se sentiu bem, mudava constantemente de posição com a esperança de encontrar uma melhor e menos incomodativa.*

*Mandou chamar o médico da família que infelizmente não foi encontrado, obrigando-o a chamar urgentemente um outro confrade que concluiu, após exame, tratar-se de uma angina do peito e lhe aplicou uma injeção de morfina". (RAMOND, 1937).*

No nosso país, Macruz estudou com maior profundidade o tema e em 1973, descreve a especificidade da localização da dor e associa com as obstruções de cada artéria coronária (MACRUZ e cols., 1973).

Mesmo com a demonstração por Herrick, em 1912, do papel central da trombose no IAM, a dúvida persistiu até a sua demonstração angiográfica por DE WOOD e cols (1980). Hoje é reconhecido que durante o episódio de IAM há formação de um trombo no sítio do ateroma arterial coronariano.

Estima-se que cinco a oito milhões de indivíduos com dor no peito ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica aguda sejam vistos anualmente nas salas de emergência nos Estados Unidos (NOURJAH, 1999; EWY e OMATO, 2000).

Esse número representa cerca de 5 a 10% de todos os atendimentos emergenciais naquele país (GRAFT, JOSEPH e ANDELMAN, 1995; ZALENSKI, RYDMAN e MCCARREN, 1997). Cerca da metade a 2/3 dos pacientes com dor torácica internados acabam não confirmando uma causa cardíaca para os seus sintomas (GRAFT, JOSEPH e ANDELMAN, 1995; EWY e OMATO, 2000), resultando num gasto desnecessário de 5 a 8 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (RYDMAN e TING, 1998; EWY e OMATO, 2000; ZALENSKI, STORROW e GIBLER, 2000).

No nosso país não existem números ou estimativas da quantidade de atendimentos por dor torácica nas salas de emergência (BASSAN e cols., 2002). Baseado no número de atendimentos anuais por dor torácica nos EUA e na proporção populacional entre esse país e o Brasil, e assumindo a mesma prevalência de doença coronariana, poderíamos estimar um quantitativo de 4 milhões de atendimentos anuais de dor torácica no Brasil (BASSAN e cols., 2002).

Em outros países, muitos emergencistas internam a maioria dos pacientes que tenha alguma possibilidade de síndrome coronariana aguda. Entretanto, nos EUA cerca de 2 a 3% dos pacientes que realmente estão sofrendo um IAM acabam sendo inapropriadamente liberados da sala de emergência por não ter a sua doença

reconhecida ou suspeitada, e essa taxa pode chegar até 11% em alguns hospitais (MCCARTHY e cols., 1993; STORROW e GIBLER, 2000; POPE, AUFDERHEIDE e RUTHAZER, 2000), o que representa cerca de 40 mil indivíduos com infarto do miocárdio não reconhecido por ano. Em países nos quais os médicos emergencistas têm menos experiência ou conhecimento no manejo de pacientes com dor torácica, ou que por razões conjunturais são menos propensos a interná-los para uma adequada investigação, a taxa de IAM não reconhecida poderia chegar a 20% (BASSAN e cols., 2000).

No setor da medicina privada, os médicos têm sido pressionados pelas companhias de seguro e por administradores de hospitais a evitar internação de pacientes com diagnóstico indeterminado (GIBLER, 1997).

Além disso, a liberação inapropriada de pacientes com IAM representa um risco para o médico emergencista, visto que cerca de 20% dos valores pagos anualmente nos EUA por processos de má-prática médica emergencial decorre de litígios resultantes do não diagnóstico do IAM (RUSNAK e cols., 1989; KARCZ, HOLBOOK e BURKE, 1993).

Atualmente, a maioria dos médicos que trabalham nos setores de emergência dispõem de história clínica, do exame físico e do eletrocardiograma para decidir quais pacientes com dor torácica necessitarão ser internados e quais serão liberados para casa.

Por todos estes motivos os médicos se vêem defrontados com o dilema de admitir ao hospital a maioria dos pacientes com dor torácica que procura a sala de emergência, ou de liberar para casa aqueles com uma baixa (mas não desprezível) probabilidade de doença cardiovascular de risco.

A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica faz com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso de suas causas. Esta diferenciação entre as doenças que oferecem risco de vida ou não, é um ponto crítico na tomada de decisão do médico emergencista para definir sobre a liberação ou admissão do paciente ao hospital e de iniciar o tratamento, imediatamente.

Como a síndrome coronariana aguda (infarto agudo do miocárdio e angina instável) representa quase 1/5 das causas de dor torácica nas salas de emergência (GRAFF, JOSEPH e ANDELMAN, 1995; SELKER, ZALENSKI e ANTMAN, 1997), e por possuir uma significativa morbi-mortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico.

Vários estudos têm sido realizados para determinar a acurácia diagnóstica e a utilidade da história clínica e do ECG em pacientes admitidos na sala de emergência com dor torácica para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (GOLDMAN, 1982; RUDE, POOLE e MULLER, 1983; PEARSON e STERRY, 1984; ROUAN, LEE e COOK, 1989; GIBLER, 1992).

A característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo de doença coronariana aguda (DIAMOND e FORRESTER, 1979; WEINER, RYAN e McCABE, 1979; RYAN, 1997; BASSAN, SCOFANO e GAMARSKI, 2000).

A descrição clássica da dor torácica na síndrome coronariana aguda é a de uma dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada freqüentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispnéia (PANJU; HEMMELGAN e GUYATT, 1998;



HUTTER, AMSTERDAN e JAFFE, 2000). A dor pode durar alguns minutos (geralmente entre 10 e 20) e ceder, como nos casos de angina instável, ou mais de 30 minutos, como nos casos de infarto agudo do miocárdio.

GOLDMAN (1982) desenvolveu um protocolo para predição de IAM na emergência, em mais de 6.000 pacientes, que incluía as seguintes variáveis: idade superior a 40 anos; história prévia de angina ou IAM; dor torácica que iniciou a menos de 48 horas; dor prolongada com duração maior ou igual a uma hora; dor pior do que a angina usual ou semelhante ao IAM anterior; e dor que irradia para o pescoço, ombro ou braço esquerdo.

Na abordagem do paciente com dor torácica devemos desenvolver estratégias para sistematizar o atendimento; permitir a realização de um diagnóstico mais rápido e seguro; evitar internações desnecessárias; diminuir a morbimortalidade; e minimizar custos. Contudo, a colocação do paciente em algoritmos rígidos, sem uma correta individualização, e a análise segmentar com a perda da visão holística são fatores que poderiam ser apontados como efeitos indesejáveis de protocolos padronizados de atendimento destes pacientes (CATHCART, SCHREIBER e HEINISCH, 2000).

As unidades de dor torácica, inicialmente desenvolvidas nos Estados Unidos, tentam melhorar a acurácia diagnóstica, encurtar a permanência hospitalar, e economizar dinheiro (STORROW e GIBLER, 2000). As unidades variam nos critérios de seleção, na duração da observação, no uso dos testes diagnósticos e nos critérios de alta. Na essência, os centros de dor torácica são sistemas criados para tratar os pacientes que se apresentam com dor torácica em um local separado e especializado da emergência geral e que, por não existir nenhum modelo definitivo

ou rígido, eles podem variar em tamanho, estrutura, equipe, conduta diagnóstica e capacidade invasiva (CATHCART, SCHREIBER e HEINISCH, 2000).

O conceito de um sistema separado e especializado para o atendimento de pacientes com dor torácica surgiu no início dos anos 80, quando um protótipo foi criado em 1981 pelo Dr. Raymond Bahr do St. Agnes Hospital em Baltimore, Maryland (USA), que funcionava em uma área unida à emergência geral, com médicos em comum, mas com uma equipe de enfermagem exclusiva e um espaço reservado somente aos pacientes que se apresentavam com dor torácica. Esse centro (CATHCART, SCHREIBER e HEINISCH, 2000).

Tais unidades de dor torácica foram criadas para atender os pacientes que já tem um história completa, exame físico e eletrocardiograma, e que não têm um diagnóstico estabelecido de síndrome coronariano agudo. Será que estas unidades contribuíram com a melhora na acurácia diagnóstica?

Dados de uma revisão sistemática (GOODACRE, 2000), demonstram que a frequência de eventos, reatendimentos e readmissões é igual; houve aumento na certeza diagnóstica e diminuição na duração da internação. No entanto, foi demonstrado serem modestos os resultados econômicos e há dúvida quanto ao efeito sobre a taxa de mortalidade nos pacientes liberados. Outras críticas a este modelo de atendimento: a maioria dos dados são dos E.U.A.; como funcionaria em outros países?

Várias considerações são colocadas: custos de admissões desnecessárias, limitações do eletrocardiograma (diagnóstico final de IAM em até 40% dos casos), novos testes diagnósticos, pacientes com quadro clínico indeterminados, unidades versus protocolos específicos de atendimento.

A grande diversidade de qualidade e quantidade de recursos materiais e humanos entre os diversos países e mesmo dentro de cada país tem feito com que a qualidade da prática médica seja muito heterogênea entre os médicos e entre os hospitais. Por isso, não é difícil de entender a existência de padrões assistenciais distintos na abordagem da dor torácica entre as salas de emergência numa mesma cidade, num mesmo país e entre países (BASSAN e cols., 2000). Além disso, outros fatores não-técnicos, tais como a cobertura médico-assistencial do paciente, a satisfação e a conscientização profissionais do médico, a relação médico-paciente, a vigilância individual e da sociedade e o modelo judiciário vigente, também modulam a qualidade da assistência prestada pelo médico e pelas instituições (BASSAN e cols., 2000).

Assim sendo, poderíamos descrever o modelo assistencial para os pacientes que procuram as salas de emergência com dor torácica como um espectro de atitudes. O padrão de “cautela exagerada” é aquele praticado numa sociedade altamente organizada e vigilante e por médicos e instituições extremamente atentos e preocupados com as dificuldades diagnósticas na sala de emergência, no que tange às doenças de alto risco o que resulta na hospitalização de todos ou quase todos os pacientes com dor torácica. Como conseqüências são apontadas a ocupação desnecessária de leitos e gastos dispensáveis.

O outro extremo desse espectro é o padrão de “descuido inconseqüente”, praticados numa sociedade pouco organizada e por médicos e instituições alheios e despreocupados com o risco de doença grave e a qualidade do atendimento. Seria a verdadeira antítese da boa prática médica e da responsabilidade profissional. Esta estratégia resulta na liberação imediata de quase todos os pacientes com dor torácica, uma vez que o diagnóstico de doença de alto risco não foi feito ou mesmo

suspeitado, resultando em redução dos gastos médicos imediatos, baixa taxa de identificação de pacientes com doenças graves, maximização dos erros diagnósticos e processos por prática médica inadequada (BASSAN e cols., 2000; CLANCY, 2002).

O modelo ideal de atendimento seria aquele que oferece a melhor qualidade assistencial ao menor custo possível. Algumas atitudes médicas podem ter seu custo reduzido através dos chamados modelos sistematizados de atendimento.

Uma forma eficiente de manuseio de pacientes com dor torácica na sala de emergência é a utilização de modelos probabilísticos de doença, de algoritmos diagnósticos e de árvores de decisão clínica, fundamentados na valorização da competência e experiência dos profissionais atuantes no atendimento.

## **2.6 Para início de conversa...**

No poeta, vê-se em funcionamento com especial clareza as habilidades lingüísticas. Uma sensibilidade ao significado das palavras, por meio da qual o indivíduo aprecia as sutis nuances de diferença entre derramar tinta “intencionalmente”, “deliberadamente”, e de “propósito”. Uma sensibilidade à ordem entre as palavras – a capacidade de seguir regras gramaticais e, em ocasiões cuidadosamente selecionadas, violá-las. Num nível um tanto mais sensorial – uma sensibilidade aos sons, ritmos, inflexões, e metros de palavras – aquela habilidade que pode tornar belo de ouvir até mesmo um poeta numa língua estrangeira. E uma sensibilidade às diferentes funções da linguagem – seu potencial para estimular, convencer, entusiasmar, transmitir informações, opinar, discordar ou simplesmente calar (GARDNER, 1994).

Mas a maioria de nós não é poeta – nem mesmo amador – e ainda assim possuímos sensibilidades em graus significativos, de fato, não se poderia apreciar poesia, música ou diálogo, sem possuir pelo menos um domínio tácito destes aspectos da linguagem. A competência lingüística é a inteligência que parece mais democraticamente compartilhada na espécie humana.

Dentre as razões que justificam o estudo da conversação, podemos destacar: é a prática social mais comum do ser humano; desempenha um papel privilegiado na construção de identidades sociais e relações interpessoais; exige uma coordenação de ações que ultrapassam em muito simples habilidades lingüística dos falantes; grande parte do ensino e da aprendizagem ocorre através da conversação (CASTILHO e PRETI, 1987 e 1988; MUSSALIN e BENTES, 2001).

Assim, o médico deve ser treinado e estar atento a identificar o significado das diferentes facetas da linguagem diante de situações, como quando o paciente se apresenta com dor ou sofrendo com outras manifestações físicas ou psíquicas, e nos transmite através de informações verbais ou não verbais a respeito da sua doença e de si mesmo.

A capacidade de entrevistar adequadamente permite ao profissional obter dados mais completos e acurados do ser humano, dados que contribuem para chegar o mais próximo possível das prioridades do paciente.

Uma boa comunicação médico-paciente não é simplesmente agradável ou necessária, mas é o cerne da ciência e da lógica da medicina clínica.

Portanto, procurar melhorar essa relação médico-paciente, através da otimização da entrevista médica, amparada em princípios da análise da conversação é o desafio que assumimos enfocar. Para tanto, optamos em entrevistar pacientes com dor torácica, na tentativa de reconhecer e ampliar as aplicações práticas dos

elementos conversacionais no fazer assistencial e docente, tendo como base o tripé: conversação – entrevista médica – dor torácica, buscando reforçar na interação médico -paciente a importância das palavras, da escuta, do olhar, do toque, do silêncio...

### 3 OBJETIVOS

Em uma casuística de pacientes com dor torácica atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina serão efetuadas entrevistas médicas com os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

TESTAR E ANALISAR UM NOVO MODELO, UTILIZANDO A ANÁLISE DA CONVERSAÇÃO, PARA OTIMIZAR O DESEMPENHO DA ENTREVISTA MÉDICA.

Objetivos específicos:

- 1) Descrever o modo como são efetuadas as entrevistas médicas no modelo tradicional e na variação proposta pela análise da conversação.
- 2) Sugerir e demonstrar uma diferente modalidade de realização de entrevista médica.
- 3) Testar a aplicabilidade de princípios de análise da conversação em entrevista médica.
- 4) Avaliar se os princípios de análise da conversação otimizam a entrevista médica.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Casuística**

No período de junho a novembro de 2002, foram incluídos, consecutivamente, 30 pacientes com dor torácica, com idade igual ou superior a 21 anos e que poderiam se comunicar em português.

O tamanho da casuística, de 30 pacientes, foi estabelecido considerando a viabilidade do estudo, prazos e cronograma. Trata-se de uma amostra não probabilística, intencional (foram escolhidos casos para a amostra que representasse o “bom julgamento” da população universo).

O local de realização do estudo foi o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; nos setores de emergência, hemodinâmica, ambulatório, enfermaria e unidade de terapia intensiva.

Os dados foram coletados em um hospital da rede pública. O hospital recebe uma demanda que advém não só do bairro (Trindade) e da cidade onde está situado (Florianópolis – S.C), mas também de toda região geoeconômica que compreende as cidades de São José, Palhoça e Biguaçu; bem como de outras cidades do Estado de Santa Catarina. A população atendida pertence, principalmente, à classe socioeconômica C e D, conseqüentemente, trata-se de população carente e sofrida (SILVEIRA, 1996). As condições apresentadas pelo hospital são precárias. Existe uma quantidade elevada de pessoas que recorrem ao atendimento para fins de internação ou marcação de consulta que se defronta com as variadas dificuldades da realidade daquela instituição. O espaço físico dos ambulatórios se restringe a ambientes apertados e pouco arejados.



Foram considerados critérios de exclusão a presença de incapacidade psíquica ou cognitiva. Ainda impediram a não inclusão no estudo a não-obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente (consentimento informado), impossibilidade de efetuar o acompanhamento ou qualquer circunstância ou condição clínica que, a critério do investigador, pudesse prejudicar a análise do estudo.

#### **4.2 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, individual. Do ponto de vista da sua natureza, é uma pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. Também é uma pesquisa exploratória e descritiva, pois ao descrever as características de determinado fenômeno, usando técnicas padronizadas de coleta de dados, proporciona detalhar e refletir o tema em estudo (GIL, 1991; SILVA e MENEZES, 2001).

#### **4.3 Instrumentos de pesquisa**

Os procedimentos metodológicos principais são a observação participante, a gravação e transcrição do áudio das entrevistas médicas.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos foi efetuada “Pesquisa Bibliográfica”, a partir de material publicado, constituído de livros, artigos de periódicos, teses, dissertações e material disponibilizado na Internet. Foram também efetuados “Estudo de Caso” e “Pesquisa Participante”, esta última desenvolvida a

partir de interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas (SILVA e MENEZES, 2001).

#### **4.4 Procedimentos**

##### **4.4.1 Entrevista médica**

Após o consentimento livre e esclarecido os pacientes foram convidados para entrevista médica, pelo modelo tradicional (Apêndice A) com gravação em áudio. Os dados registrados foram a queixa principal e a história da doença atual. A entrevistadora não era o médico assistente do paciente (HODDINOTT e PILL, 1997).

Para a entrevista médica foi elaborado um “Formulário” (Apêndice A) com uma coleção de questões norteadoras que foram utilizadas pela entrevistadora na situação face a face com o informante. O instrumento de coleta de dados escolhido proporcionou uma interação efetiva entre a pesquisadora, o informante e a pesquisa realizada. Para facilitar o processo de tabulação dos dados, as questões e suas respostas foram previamente codificadas. A coleta de dados foi relacionada com o problema, a hipótese e os pressupostos da pesquisa e pretendeu obter elementos para que os objetivos propostos na pesquisa pudessem ser alcançados.

##### **4.4.2 Gravação de áudio**

Foi gravada, catalogada e transcrita a entrevista com cada paciente (CASSEL, 1987). Cada entrevista tinha duração prevista de 30 minutos a uma hora e foi conduzida em ambiente privado. As pessoas que estavam com o paciente

(familiares, parentes, parceiros, equipe médica) não foram entrevistadas. Foi solicitado que o participante contasse a sua experiência sobre a dor torácica, utilizando as perguntas norteadoras com o objetivo de uniformizar as informações a serem obtidas.

Ao finalizarmos a entrevista, desligávamos o gravador e agradecíamos ao entrevistado. Sempre oferecíamos um tempo para “deixar” o ambiente de entrevista, perguntando se o paciente gostaria de fazer mais alguns comentários sem que o gravador estivesse ligado. Estes comentários eram registrados na ficha de coleta de dados.

O equipamento utilizado foi um microgravador SONY® M-405, com velocidade de registro de 1,2 cm/s, sendo o microfone embutido. Foram seguidas as orientações do manual do fabricante para melhor desempenho da gravação.

#### 4.4.3 Análise da conversação

Durante os procedimentos foram registrados os seguintes elementos não-verbais empregados pelos falantes na entrevista médica: i) paralinguagem: sons emitidos pelo aparelho fonador, mas que não fazem parte do sistema sonoro da língua usada; ii) cinésica: movimento do corpo como gestos, postura, expressão facial, olhar e riso; iii) proxêmica: a distância mantida entre os interlocutores; iv) tacêsica: o uso de toques durante a interação; e v) silêncio: a ausência de construções lingüísticas e de recursos da paralinguagem (STEINBERG, 1988).

Também foram registrados os marcadores conversacionais lingüísticos e as marcas de atenção (MUSSALIN e BENTES, 2001).

Os marcadores conversacionais foram classificados em: i) tipo apelatório; ii) continuador; iii) reforçatório e iv) de indagação; já explicitados na revisão da literatura (páginas ...). Esta classificação foi considerada como necessária para organizar e registrar as diferentes funções das expressões utilizadas como marcadores conversacionais (OLIVEIRA NETO, 1996; MUSSALIN e BENTES, 2001).

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados foram expressos de forma quantitativa e qualitativa.

Na forma quantitativa, os dados categóricos (por exemplo: sexo e profissão) foram expressos por número e percentual. Para comparação entre os grupos, de variáveis categóricas, foram utilizadas tabelas de contingência, teste qui-quadrado e teste exato de Fisher. As variáveis contínuas (por exemplo: idade e frequência de marcadores conversacionais) foram expressas por média, moda, mediana, desvio-padrão (d.p.) e valores mínimo e máximo. Na comparação entre os grupos, nas variáveis contínuas, foram utilizados os testes t-Student.

Utilizou-se para as análises dos dados o programa de computador STATISTICA®, versão 5.1, 1996 (Stat Soft, Inc; Tulsa, OH, USA).

As diferenças entre os grupos foram consideradas estaticamente significativas quando o valor de P fosse inferior a 0,05 (bicaudal).

Os valores contínuos, número de elementos lingüísticos, foram também categorizados de acordo com a presença ou não de seu registro em cada caso.

Os entrevistados foram agrupados quanto ao gênero, à idade (idosos e não-idosos), ao local de realização da entrevista (ambulatório e unidade de internação) e comparados entre si quanto à frequência dos elementos lingüísticos. No item

unidade de internação, como local de realização da entrevista, considerou-se as unidades de emergência, de terapia intensiva e de enfermaria agrupados sob a mesma denominação.

A diferenciação entre idade adulta e idoso é arbitrária e inadequada na maioria das vezes. No presente trabalho, optou-se por 65 anos como o limite entre idade adulta e idoso, considerando a expectativa de vida em nosso país (ROCHA, 1998).

Na análise qualitativa, as entrevistas foram transcritas literalmente e a pesquisadora utilizou as normas de transcrição da análise da conversação (MARCUSCHI, 1986; MUSSALIN e BENTES, 2001) (Anexo A). Os dados foram registrados por turnos (entrevistador e entrevistado) e codificados linha por linha. A entrevistadora fez a análise. Outro membro do grupo de pesquisa analisou separadamente 20% das transcrições para validar a codificação e verificar a variabilidade interobservador (PATTENDEN e cols., 2002). As discrepâncias e os conflitos foram solucionados através de reuniões para discussão e acordo. Efetuamos comparações para determinar semelhanças e variações nas interpretações (PATTENDEN e cols. 2002). Estas reuniões do grupo de pesquisa foram importantes para atestar a confiabilidade dos dados.

Os parâmetros avaliados foram os seguintes: dados quantitativos e qualitativos de duração dos procedimentos, relação médico-paciente, marcadores conversacionais, marcas de atenção, elementos não-verbais e transcrição do áudio.

Os dados coletados de cada paciente, incluíram a transcrição da entrevista gravada em áudio, as notas da entrevistadora e o formulário de coleta dos dados.

Os dados são apresentados das seguintes formas: i) Pequeno relato da descrição do sintoma, com a análise da conversação, na forma de quadro, tal como

foi sugerido por PATTENDEN e cols. (2002); ii).Transcrição da entrevista, segundo os princípios de análise da conversação (Anexo A); iii).Análise quantitativa da frequência de aparecimento dos elementos lingüísticos, na forma tabular e gráfica.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Os participantes eram recrutados e convidados para o estudo diretamente pelo investigador, a partir da atividade habitualmente desenvolvida nos setores do HU/UFSC. A pesquisadora obteve o consentimento após esclarecimentos.

A participação neste estudo foi voluntária. Os participantes têm o direito de se retirar deste estudo a qualquer momento sem penalidade ou perda dos benefícios aos quais, de outro modo, estaria habilitado. A recusa em participar ou o abandono do estudo não irão afetar a qualidade ou disponibilidade dos cuidados médicos.

As informações obtidas a partir deste estudo; incluindo registros clínicos e/ ou hospitalares, estão sendo tratadas como sendo privilegiadas e confidenciais e não serão liberadas ou reveladas a qualquer pessoa sem o consentimento escrito do paciente, exceto ao seu médico ou alguém designado por ele; ao investigador e aos participantes do trabalho. Os dados dos prontuários médicos estão arquivados no Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário da UFSC; as fichas de coletas de dados, os questionários, as fitas de áudio e vídeo no Laboratório de Ciências Cardiovasculares, anexo ao Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário da UFSC.

O protocolo de pesquisa e o consentimento informado foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (Parecer Projeto no. 012/02, aprovado em 22/02/02).

#### **4.7 Estudo piloto**

No período de 03 a 21 de junho de 2002 foram selecionados para o Estudo Piloto cinco pacientes com queixa de dor torácica, conforme critérios de inclusão. As entrevistas foram realizadas no setor de ambulatório do Hospital Universitário da U.F.S.C. Após a consulta com o médico assistente, esclarecimento do estudo e assinatura do consentimento informado, o paciente foi convidado a dirigir-se para uma sala anexa. O gravador era ligado desde o início da entrevista.

O Estudo Piloto teve como objetivos: i) verificar o desempenho do formulário considerando os itens clareza e pertinência das questões norteadoras; ii) registrar a duração do tempo dos procedimentos; iii) sistematizar os procedimentos relacionados com o material de pesquisa (gravador, microfone, fitas) iv) validar os instrumentos de pesquisa; v) realizar e verificar a viabilidade da transcrição da entrevista segundo os princípios de análise da conversação; vi) analisar, refletir e sugerir mudanças necessárias para a realização da pesquisa posteriormente.

##### **4.7.1 Resultados do Estudo Piloto**

O instrumento de coleta de dados (formulário) teve um bom desempenho. As questões norteadoras estavam claras, precisas e foram entendidas pelos informantes.

A média da duração do tempo dos procedimentos (entrevista e gravação) foi de 30 minutos (intervalo de 17 a 47 minutos).

As fitas foram etiquetadas com numeração progressiva. O microfone e o gravador foram colocados sobre a mesa do consultório, na altura do tórax dos informantes, em uma distância aproximada de 50cm de cada falante. Esta foi considerada a melhor localização do equipamento.

Como dificuldades técnicas verificamos que a gravação pode ser prejudicada por sons e ruídos do ambiente da entrevista, tais como telefones, simultaneidade e superposição de vozes, portas que se movimentam, barulhos de instrumentos e aparelhos. Apesar destes fatores técnicos, foi possível transcrever 100% das gravações.

#### **4.8 Normas de redação do texto e de referência**

A redação do texto e das referências bibliográficas foram de acordo com o recomendado pelas normas do curso de pós-graduação em Engenharia de Produção da UFSC (SILVA e MENEZES, 2001). Também utilizamos as recomendações da USP (1996) e de SPECTOR (2002).



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Dados demográficos e socioeconômicos

No período de 03 de junho a 20 de novembro foram selecionados para o estudo trinta pacientes com queixa de dor torácica, conforme critérios de inclusão. Os pacientes foram entrevistados na enfermaria (n=10), terapia intensiva (n=1), emergência (n=2) e no ambulatório (n=17).

A média de idade era de 60,4 anos com um desvio-padrão de 9,8 anos. A idade mínima e máxima registradas foram 42 e 75 anos, respectivamente. Foram considerados idosos 40% dos pacientes (n=12).

**TABELA I : FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS DOS PACIENTES ENTREVISTADOS**

Profissão	Número	Percentual
Do lar	06	20
Agricultor(a)	03	10
Comerciante	02	6,7
Desempregado	02	6,7
Manicure	02	6,7
Marceneiro	02	6,7
Pescador	02	6,7
Professora	02	6,7
Servidor público	02	6,7
Aposentado	01	3,3
Barbeiro	01	3,3
Eletricista	01	3,3
Garçon	01	3,3
Gráfico	01	3,3
Supervisor	01	3,3
Vigia	01	3,3
Total	30	100,0

Fonte: Formulários de coleta de dados. Estudo: "Otimização da entrevista médica"- Laboratório de Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

O gênero feminino constituía 40% da casuística (n=12). Quanto ao estado civil havia 76,7% de casados (n=23), 16,7% de viúvos (n=5), um solteiro e um separado.

Quanto a profissão havia uma ampla variedade de atividades profissionais (Tabela I).

A maioria dos entrevistados era da região de Florianópolis (n=25; 83,3%). Também foram registradas outras procedências tais como Imbituba, Palhoça (Enseada de Brito), São João Batista e Santo Amaro; com um paciente de cada local citado.

## **5.2 Análise das gravações e transcrições**

Registraram-se as seguintes observações no ato da gravação: procura pelo local do gravador (n=8); cinco pacientes indagaram se *já estava gravando mesmo?* e quatro nos questionaram se havia necessidade de falar mais alto. Nos casos 3, 7, 11, 13 e 23, ao término da entrevista, relataram que tinham “*esquecido*” que a conversa estava sendo gravada.

Ao finalizarmos a entrevista, desligávamos o gravador e agradecíamos ao entrevistado. Sempre oferecíamos um tempo para “deixar” o ambiente de entrevista, perguntando se o paciente gostaria de fazer mais alguns comentários sem que o gravador estivesse ligado. Em 11 casos tivemos comentários adicionais (cinco gostariam de saber quando teríamos os casos suficientes para terminar a pesquisa; três relataram a importância de realização de pesquisas na universidade e três se desculparam por não falarem suas queixas mais detalhadamente, com receio que o material não nos fosse útil).

A média do tempo de entrevista foi de 41 minutos (de 17 a 63 minutos), totalizando 18 horas e 15 minutos de gravações. A média do tempo de transcrição foi de três horas e 20 minutos; tempo mínimo de uma hora e cinco minutos e máximo de cinco horas e sete minutos.

Foram transcritas uma média de  $112,9 \pm 45,3$  linhas por gravação de entrevista. Sendo a maioria de fala dos pacientes ( $70,6 \pm 34,8$  linhas) do que do entrevistador ( $42,4 \pm 13,6$ ), ( $P < 0,05$ ).

### 5.3 Análise da conversação

Na análise da presença ou não de elementos lingüísticos foram registrados marcadores conversacionais presentes em 100% das entrevistas, marcas de atenção em 40% ( $n=12$ ), paralinguagem em 80% ( $n=24$ ), cinésica em 96,7% ( $n=29$ ), proxêmica em 10% ( $n=3$ ), tacêsica em 10% ( $n=3$ ) e silêncio em 50% ( $n=15$ ), ver Tabelas II e III.

Na observação sobre a frequência de aparecimento, foram registrados 199 marcadores conversacionais em 100% das entrevistas (Tabela II). Os marcadores conversacionais estavam assim distribuídos: i) do tipo apelatório (exemplo: “né”): 63%; ii) continuador (“aí”) em 14%; iii) reforçatório (“assim”) em 9%; e iv) indagação (“entendeu”) em 7%.

As marcas de atenção foram registradas em 25 ocasiões, em 12 pacientes, e tinham caráter de convergência no contexto da conversação. Por exemplo, uso das expressões “sim”, “claro”, “é”.

A comunicação não-verbal, caracterizada pela ocorrência de paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica e silêncio, totalizou 46,7% das mensagens emitidas.

Quanto aos recursos não-verbais utilizados pelos pacientes durante a entrevista médica observou-se a ocorrência de cinésica em 183; paralinguagem em 77; silêncio em 20; proxêmica em 4 e tacêsica em 3 ocasiões (Tabela II).

**TABELA II: Frequência dos elementos lingüísticos nas entrevistas médicas de trinta pacientes com dor torácica.**

Elementos Conversacionais	Marcadores Conversacionais	Marcas de Atenção	Paralinguagem	Cinésica	Proxêmica	Tacêsica	Silêncio
número	<b>190</b>	<b>25</b>	<b>77</b>	<b>183</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>20</b>
média	<b>6,3</b>	<b>0,8</b>	<b>2,5</b>	<b>6,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>
moda	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
mediana	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
desvio-padrão	<b>5,3</b>	<b>1,2</b>	<b>2,3</b>	<b>5,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>
valor mínimo	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
valor máximo	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

**Fonte: Formulários de coleta de dados, gravações em áudio. Laboratório de Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.**

A cinésica foi caracterizada pela demonstração através de gestos (n=131) do local principal ou da irradiação da dor; também pela mobilização do corpo ou da cabeça (n=23); modificação da expressão facial (n=17). Neste último item havia expressões de tristeza, dor, alegria ou dúvida. Em sete ocasiões havia mudança nos movimentos do olhar, tais como desvio do olhar e piscar mais rapidamente. E cinco pacientes expressaram sorrisos durante a narrativa. Em nosso entrevistados observamos desvio do olhar quando narravam situações de sofrimento físico ou conflitos com familiares (narrados no caso 3 e 15). Também encontramos o ato de piscar mais rapidamente, durante a narrativa de situações conflitantes (caso 3).

A expressão de sorrisos durante a interação médico-paciente ocorreu durante a abordagem de situações consideradas engraçadas ou felizes ( em 03 casos) e sinalizando para o nervosismo associado com a posição de braços cruzados e tensos (em 02 casos).

Nos trinta pacientes que participaram do estudo foi registrada a ocorrência de 77 expressões de paralinguagem, sendo que em 81,8% (n=63) ocorreu a utilização de “ahã”, em 9,1% (n=7) foi emitido “uhrum”, em 6,5% (n=5) dos momentos “ah” e em 2,6% (n=2) pacientes a utilização de “oh”.

Os recursos não-verbais proxêmica e tacêsica estiveram presentes em quatro e três ocasiões, respectivamente.

O ato de se aproximar ou se afastar (proxêmica) durante a narrativa foi observado em quatro situações: em um caso ocorreu o afastamento durante o relato de problemas familiares; um paciente também afastou a cadeira durante o relato das características da dor torácica; e em duas situações houve a aproximação, quando relataram não estar seguindo o tratamento medicamentoso instituído pelo médico assistente.

Em três ocasiões constatou-se o uso do toque (tacêsica) como meio de expressão, concomitante ao relato de aspectos pessoais e sociais (conflitos com o filho, morte de familiar e desemprego).

Nas situações em que o silêncio se fez presente nas nossas entrevistas atribuímos: em cinco momentos devido a fatores emocionais; em seis devido ao não entendimento do que havia sido formulado; em quatro não houve resposta para a questão apresentada – envolvia a lembrança de datas; em quatro o silêncio simbolizou a oportunidade (tempo) para preparar a melhor resposta e em uma ocasião sinalizou a vontade de encerrar a entrevista.

**TABELA III: Frequência dos elementos lingüísticos nas entrevistas médicas em cada paciente entrevistado.**

Elementos conversacionais	Marcadores Conversacionais	Marcas de atenção	Paralinguagem	Cinésica	Proxêmica	Tacética	Silêncio
caso 1	02	0	02	04	0	0	0
caso 2	08	0	01	05	0	0	0
caso 3	05	0	05	05	0	0	01
caso 4	02	02	03	03	0	0	01
caso 5	06	0	01	06	0	0	0
caso 6	03	0	05	04	0	0	01
caso 7	05	02	05	0	0	01	0
caso 8	07	0	01	01	0	0	03
caso 9	06	0	01	07	0	0	01
caso 10	13	01	04	02	0	0	01
caso 11	22	02	04	04	0	0	0
caso 12	02	0	02	02	0	0	0
caso 13	10	0	01	01	0	0	0
caso 14	24	02	0	14	0	0	02
caso 15	01	0	0	01	0	0	0
caso 16	05	02	05	05	0	0	0
caso 17	10	05	01	14	0	0	01
caso 18	08	02	0	09	02	0	03
caso 19	03	02	03	12	01	0	0
caso 20	06	0	03	24	0	01	01
caso 21	10	01	04	05	0	0	0
caso 22	02	0	0	02	0	0	0
caso 23	03	0	0	05	0	0	01
caso 24	06	0	05	03	0	0	01
caso 25	05	0	05	03	01	01	0
caso 26	05	0	10	17	0	0	01
caso 27	03	02	01	10	0	0	0
caso 28	10	02	0	05	0	0	01
caso 29	05	0	04	05	0	0	0
caso 30	03	0	01	05	0	0	01
TOTAL	190	25	77	183	4	3	20

**Fonte: Formulários de coleta de dados, gravações em áudio. Laboratório de Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.**

### 5.3.1 Comparação entre grupos sobre elementos lingüísticos

Não havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos idosos e não-idosos quanto a presença ou não de dos seguintes elementos lingüísticos: marcadores conversacionais, marcas de atenção, paralinguagem, cinésica, proxêmica e tacêsica. Contudo, na comparação, através do teste t-Student, os não-idosos tiveram um registro maior de silêncio do que os idosos ( $P < 0,05$ ).

Em todas as mulheres entrevistadas havia o registro da utilização de paralinguagem (Tabela IV), sendo demonstrada diferença estatisticamente significativa na utilização deste elemento lingüístico em comparação aos pacientes do sexo masculino ( $P < 0,05$ ).

**TABELA IV: FREQUÊNCIA DE PARALINGUAGEM NAS ENTREVISTAS E O GÊNERO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS**

gênero	paralinguagem presente	paralinguagem ausente	total
feminino	12	0	12
masculino	12	06	18
Total	24	06	30

**Fonte: Formulários de coleta de dados, gravações em áudio. Laboratório de Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.**

Não havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos gênero masculino e gênero feminino quanto a presença de outros elementos lingüísticos (marcadores conversacionais, marcas de atenção, cinésica, proxêmica, tacêsica e silêncio).

Foram observadas médias superiores de turnos conversacionais e de linhas de transcrição, dos pacientes e da entrevistadora, quando as entrevistas foram realizadas no ambulatório em comparação com as efetuadas nas unidades de internação. Também, a média de ocorrência de cinésica foi significativamente superior ( $P < 0,05$ ) no grupo de pacientes entrevistados no ambulatório (Tabela V).

**TABELA V: DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES DOS REGISTROS DE OCORRÊNCIA DE ELEMENTOS LINGÜÍSTICOS E DE ESTATÍSTICAS DAS TRANSCRIÇÕES, COMPARANDO OS LOCAIS DE ENTREVISTAS**

Parâmetro/ média + d.p.	ambulatório	internação	P
Turnos	82,9 + 26,9	71,8 + 19,0	0,21
Linhas entrevistador	44,7 + 14,1	39,3 + 11,7	0,27
Linhas paciente	74,6 + 33,3	65,2 + 34,6	0,47
Linhas totais	119,4 + 44,4	104,5 + 43,2	0,38
Marcadores	6,9 + 5,0	6,4 + 5,5	0,80
Marcas de atenção	0,8 + 1,3	0,8 + 0,9	0,95
Paralinguagem	2,7 + 2,5	2,4 + 2,1	0,71
<b>Cinésica</b>	<b>7,8 + 6,2</b>	<b>3,9 + 2,6</b>	<b>0,03</b>
Proxêmica	0,2 + 0,5	0 + 0	0,10
Tacêsica	0,1 + 0,3	0,1 + 0,3	0,72
Silêncio	0,9 + 0,9	0,4 + 0,5	0,08

**Fonte:** Formulários de coleta de dados, gravações em áudio. Laboratório de Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.



A seguir está representada uma entrevista médica transcrita segundo modelo tradicional da prática médica, constando a identificação, a queixa principal e a história da doença atual.

**Transcrição da Entrevista Médica, segundo o modelo tradicional.**

- 
- I. Identificação: A.C.J, fem, 71 a, viúva, administradora e professora aposentada, natural de Biguaçu e procedente de Florianópolis, 03 internações anteriores.
- II. Queixa Principal: dor no peito.
- III. História da Doença Atual: Paciente relata que há dois meses (após realização de angioplastia coronariana) reiniciou com dor torácica localizada em região retroesternal, tipo fisgada e às vezes em queimação, sem irradiação, com duração de segundos a minutos, forte intensidade, ocorrendo em média duas vezes por mês, tendo como fatores desencadeantes ou de agravo exercícios físicos moderados a intensos (caminhadas em lugares planos e subir morros); a dor alivia com o uso de medicação, por via sublingual . Nega sinais e sintomas concomitantes. Não observou relação da dor com outras funções (inspiração profunda, inclinação do tronco, movimento dos braços e ombros). Refere ter diagnóstico prévio de Infarto Agudo do Miocárdio (junho de 2001). Nega pericardite.
-

### Transcrição de entrevistas, segundo análise da conversação.

A entrevista médica com o paciente 2 é estruturada segundo os princípios da análise da conversação, contendo cada turno (do entrevistado e do entrevistador) e a codificação numérica das linhas segundo as normas para transcrição de texto falado (Anexo A).

---

Caso 02, A.C.J, fem, 71 a, viúva, administradora e professora aposentada, natural de Biguaçu e procedente de Florianópolis, 03 internações anteriores.

Linha 1	E -A senhora já teve dor ou desconforto no peito?
Linha 2	P2 –Tenho, de vez em quando, depois da angioplastia, de vez em quando eu tenho, mas não é sempre não.
Linha 3	E –Há quanto tempo, sabe essa dor que a senhora sente, não a do infarto, essa que a senhora contou que tem aqui, há quanto tempo tem essa dor?
Linha 4	P2 –Desde uns dois meses após fazer a angioplastia já sentia essa dor.
Linha 5	E –A angioplastia a senhora fez no ano passado?
Linha 6	P2 –Fiz em julho do ano passado, mais ou menos, lá para agosto, setembro comecei a sentir de vez em quando essa dor.
Linha 7	E –E essa dor é como? Ela é do tipo fisgada, aperto, uma queimação?
Linha 8	P2 –É do tipo de um puxão. Primeira vez é uma fisgada, né? E às vezes é aquele puxão de repente assim. Aquela fisgada assim bem rapidinha, coisa menos de segundo.
Linha 9	E –E a senhora falou que ela é aqui do lado esquerdo embaixo.
Linha 10	P2 –Sempre aqui ((aperta a região infra-mamária e paraesternal esquerda)) e raramente aqui, aqui talvez seja muscular, né?.
Linha 11	E –E ela vai pra algum lugar ou ela só fica aqui?
Linha 12	P2-Não, só aqui.
Linha 13	E –Ela alivia, a senhora falou, com sustrate, né?
Linha 14	P2 –Quando eu tomo sustrate ela passa assim na hora. E às vezes nem precisa tomar sustrate.
Linha 15	E –Às vezes alivia sozinha.
Linha 16	P2 –Às vezes alivia sozinha porque antes de eu infartar eu sentia uma ardência aqui, quando eu subia, porque a minha rua tinha uma subidinha assim, eu sentia aquela queimação.
Linha 17	E –Não era a do refluxo, será, ou a senhora não tinha?
Linha 18	P2 –Não era no estômago, era aqui ó ((aperta região retroesternal esquerda)).
Linha 19	E –Mas às vezes o refluxo.
Linha 20	P2 –Aqui pelo cape que eles chamam.
Linha 21	E –Retroesternal.
Linha 22	P2 –Eternal. Era assim aquela ardência né quando eu caminhava muito assim, subia e ia bem devagarinho.
Linha 23	E –Era queimando bem.
Linha 24	P2 –Queimando bem aqui nos ossos, por aqui assim. Não, o refluxo não sinto dor não. Não.
Linha 25	E –Não sente nada?

Linha 26	P2 –Tosse, coça a garganta, eu tusso e fazia ânsia de vômito, isso aí mais de 20 anos que eu tenho essa tosse. E eu nunca tinha catarro, nunca tinha resfriado, fazia radiografia o pulmão limpo, então de um ano pra cá, de março pra cá comecei a vomitar muito, onde eu procurei um gastro e ele fez uma vídeo laringoscopia e constatou que é refluxo. E antes eu tinha azia, se eu comia assim, por exemplo, café preto, que já não pode tomar quem tem refluxo.
Linha 27	E –Chocolate.
Linha 28	P2 –Chocolate, eh, pão feito em casa com doce também, me dava azia e eu achava que era disso mas já era por causa do refluxo, né. Agora a azia não tive mais não.
Linha 29	E –Tá, e essa dor que a senhora sente ela dura quanto tempo?
Linha 30	P2 –Segundos, segundos.
Linha 31	E –Segundos, não chega a um minuto?
Linha 32	P2 –Não chega a um minuto, não é persistente. Ela dá aquela fígada assim, passa, daqui se eu fizer assim ((aperta o peito)) eu sinto novamente, se eu respirar fundo eu sinto novamente mas é duas ou três vezes no máximo.
Linha 33	E –Mas quantos segundos a senhora acha?
Linha 34	P2 –Acho que um segundo é uma respiração, não é? É um segundo. É um segundo, não é muito tempo não. Se for muito tempo eu acho que a gente não suporta.
Linha 35	E –E ela é muito forte ou é uma dor mais fraca?
Linha 36	P2 –É, chega até a assustar. É bem forte.
Linha 37	E –Se fosse pra dar uma nota pra ela, de zero a dez, quanto a senhora dava?
Linha 38	P2 –Dava oito.
Linha 39	E –Dava oito?
Linha 40	P2 –É.
Linha 41	E- E junto com a dor, tem alguma outra coisa que a senhora sente quando dá a dor?
Linha 42	P2 –Não.
Linha 43	E –Vontade de vomitar?
Linha 44	P2 –Não.
Linha 45	E –Tontura?
Linha 46	P2 –Não.
Linha 47	E –De quanto em quanto tempo ela aparece?
Linha 48	P2 –Ah, eu não sei te precisar.
Linha 49	E –Toda semana dá? Ou não?
Linha 50	P2 –Não, tem semanas que eu não sinto.
Linha 51	E –Todo mês dá?
Linha 52	P2 –Vou dizer que de uns quinze em quinze dias, mais ou menos, pra ser mais precisa.
Linha 53	E –Tá bom. E ela piora quando a senhora respira fundo assim piora?
Linha 54	P2 –Eu sinto dor quando eu respiro fundo eu sinto doer.
Linha 55	E –E ela piora quando a senhora coloca essa parte ((inclina o tronco para frente)) pra frente, inclina?
Linha 56	P2 –Não, às vezes dá comigo até deitada.
Linha 57	E –Piora quando a senhora movimentar os braços ou os ombros?
Linha 58	P2 –Não, porque eu geralmente quando eu sinto esta dor eu fico imóvel, aí eu, se eu tô sentada eu fico imóvel, se eu tô deitada eu fico de barriga pra cima respirando. Se respirar fundo ela passa logo.
Linha 59	E- Passa logo?
Linha 60	P2 –Se eu respirar fundo passa logo, ela passa logo.
Linha 61	E –Mas ela não piora quando a senhora respira fundo?

Linha 62	P2 –Não.
Linha 63	E –Não piora.Quando ela persiste, fica quanto tempo? Fica um segundo aí já passa, vem de novo?
Linha 64	P2 –Às vezes repete, às vezes repete duas vezes, às vezes só uma vez.
Linha 65	E –A senhora já teve um infarto antes; e alguém já falou que a senhora teve pericardite, não?
Linha 66	P2 –Não .
Linha 67	E –Nunca falaram isso.
Linha 68	P2 –Nem pericardite, nem angina, nem taquicardia, nada disso. Angina é dor no peito constante, né?
Linha 69	E –É dor no peito.
Linha 70	P2 –Constante, né?
Linha 71	E –Ahã. Dá de vez em quando mas tem que durar. Pode ser aqui também mas ela dura mais tempo.
Linha 72	P2 –Não, não é angina não. Ainda bem, né?
Linha 73	E –É.
Linha ...	/.../

O diálogo a seguir representa uma entrevista narrativa detalhada na qual a paciente descreve a experiência de dor torácica, como se sente e o seu entendimento da situação.

---

Caso 11, M. S. S., 52 anos, casada, supervisora, natural e procedente de Florianópolis, nenhuma internação anterior.

Linha 01	E –A senhora já teve dor no peito?
Linha 02	P11 –Já.
Linha 03	E –Essa dor no peito há quanto tempo a senhora sente?
Linha 04	P11 –Já faz uma semana.
Linha 05	E –Antes disso nunca teve essa dor?
Linha 06	P11 –Não, eu nunca tive dor no peito entendesse? Eu trabalhava, eu trabalhava com pesado, eu trabalhei quatorze anos e nunca senti nada. Trabalhava em hotel, trabalho lá há seis anos e nunca senti nada. Eu gosto de caminhar, mas aí um dia fui me deitar desconfiei de mim porque não podia me deitar deste lado ((mostra tórax à esquerda)). Se eu me deitasse parecia que eu ficava assim meia, meia, aborrecida. Uma coisa meio estranha nessa teta aqui ((mostra seio esquerdo)). Mas daí eu fui no médico do posto. Chegou lá ele disse “Não, não tem nada mulher é meio desconfiança tua”. “Então ta legal”. Aí disse pra ele medir minha pressão. Aí ele disse “A tua pressão ta treze por seis”. Aí eu disse “Não doutor”.
Linha 07	E –Sim?
Linha 08	P11 –Era o posto de saúde da Cachoeira. Ele disse “Não, ta legal, tua pressão ta ótima”. “Então ta bom doutor” Peguei, não passou remédio, não passou nada. “Só vai fazer um examezinho”. “Ta, já vai me furar né?”. É porque eu gosto de brincar. Aí ele disse “Não, eu sou obrigado para fazer o exame. Tu tas com diabetes”. Mas ele não me passou remédio, não tirou meu açúcar.

Linha 09	E –Não falou nada pra senhora?
Linha 10	P11 –Não. Só disse que eu tinha diabetes. E era pouquinho. Disse “só tem um pouquinho de açúcar na urina”. ‘Tá, ta legal”. Quando ele disse que eu tinha diabete eu já, eu trabalhava com gente idosa e disse eu vou descobrir se realmente é verdade. Aí falei com uma paciente, aí tem aquelas coisas que tem a fita. Peguei uma fita daquela, peguei um copinho, fiz xixi dentro e digo ôpa, ficou verde escuro e disse “é mentira dele porque eu não tenho uma cruz só não, já tenho mais”. Aí esperei o médico da firma chegar, aí disse: “Doutor, eu descobri isso aqui”. Ele disse: “Ô mulher, tu ta com quatro cruzeiros de coisa”. Disse: “Tu não pode tomar mais açúcar. Deixo tomar café com leite com adoçante”. “ Não, obrigado Doutor, não gosto”. Então toma amargo. Aí eu disse: “ Amargo eu gosto. Tomo café com leite amargo” “Doce tem que tirar, mas pode comer de tudo”.
Linha 11	E –Ele falou para a senhora comer várias vezes por dia?
Linha 12	P11 –Sim, mas não passou remédio.
Linha 13	E –Não passou remédio, primeiro tentou assim.
Linha 14	P11 –Ele só disse “o que tu tiver com vontade de comer tu come”.
Linha 15	E –E exercício, ele falou pra senhora fazer?
Linha 16	P11 –Ele não falou exercício porque eu já fazia demais.
Linha 17	E –Já fazia bastante? Andava?
Linha 18	P11 –Caminhava. Caminhava três quilômetros da casa pro serviço do serviço pra casa. Já fazia, ia cinco da manhã até sete da noite, ia pra lá e pra cá como uma barata tonta./.../ De uma semana pra cá, eu respirava aquela dor aqui assim, e me doía isso aqui (( mostra hemotórax esquerdo)).
Linha 19	E –Isso quando?
Linha 20	P11 –Foi, uma semana atrás.
Linha 21	E –Uma semana atrás?
Linha 22	P11 –Aí essa dor bendita, já me doía isso aqui das costas ((aponta o dorso)), mas como eu tenho problema de coluna.
Linha 23	E –Pensou que era disso.
Linha 24	P11 –Pensei que era disso, continuei trabalhando. Aí quando chegou sábado, minha patroa vinha e acabou que não vinha, e disse pro meu marido, eu vou me embora porque eu não agüento mais. Ele disse: “o que é que ta sentindo?” “É essa dor que ta me agoniando”. Aí eu fui no posto consultar com a médica, e fui ver minha pressão. Minha pressão tava quinze por nove. Ela foi e disse “Não querida, não se preocupe não”. Aí ela me deu benclamida e mais um comprimidinho. Ela disse pra tomar essa benclamida de manhã. /.../ Ah, meu Deus será que não passa pai algum querido pra me dar uma carona porque eu não agüento mais da dor. Daí eu caminhava e tinha que parar porque sentia tipo de um repuxo, um batimento aqui no coração.
Linha 25	E –Sentia o coração bater.
Linha 26	P11 –Não, não sentia o coração bater. Sentia tipo de uma coisa, um embuxo, uma coisa, uma agonia. Aí passou meu irmão, me deu carona e eu disse pro meu irmão “Ah, eu to com uma dor”. “Não vai no médico não.” “Eu acho que eu vou fazer”. Aí vim me embora pra casa. Cheguei em casa, tomei banho, aí a dor apertou. Aí ela apertou, eu não podia mexer no pescoço. Eu tinha que andar dura. Eu não podia respirar, ela já me doía aqui, me agoniava. E era uma dor chata, uma dor aborrecida. Parecia tipo uma faca me descarnando. Aí eu liguei pra minha filha. /.../ Cheguei aqui e quem me atendeu o nome é ... esqueci. Eu falei pra ele e ele disse: “Realmente sua pressão ta muito alta, ta dezessete por doze, a senhora vai fazer um eletro e vai tomar remédio pra pressão e vai ficar em observação”. Aí aquele abafamento, aquela coisa /.../ Meu eletro deu bom. Mas ele disse:

	“Nós vamos descobrir o que é isso.” Aí no que me deitei já colocou o soro já ali já fiquei boazinha, já fiquei melhorzinha, já aliviou a dor.”Aí ele me pegou e disse:“vai fazer outro eletro, vai fazer exame de sangue. Teu coração tem um lado que não ta bombeando o sangue, teve um infarte, um começo de infarte. Você vai pra lá porque vai receber um medicamento forte que vai mexer com teu coração e aqui tu não pode receber, e nem na tua casa, porque tanto pode melhorar quanto pode te piorar.”Ele disse: “Não chora, se tu chorar eu vou te mandar embora.” ‘Então manda”. Mas eu vou te mandar com o remédio. Aí já me botaram no soro e me botaram esse vidrinho lá. Eu queria respirar e não conseguia. Aí eu pensei comigo mesma “Eu vou morrer.” Não vinha o ar me prendeu, me prendeu.
Linha 27	E –Ta, Dona Maria. E essa dor era como, essa dor que a senhora sentiu. Se fosse pra dizer, era tipo uma facada que a senhora falou, uma físgada, uma queimação?
Linha 28	P11 –Era uma queimação.
Linha 29	E –E onde que ela era certinho. Era nesse lado aqui? ((mostra hemitórax esquerdo))
Linha 30	P11 –Era bem aqui, aqui ó, era aqui assim.((mostra hemitórax esquerdo)). Aí doía esse osso, esse aqui.((mostra região esternal)).
Linha 31	E –Pescoço?
Linha 32	P11 –Isso aqui me agoniava, até eu pensava porque tenho amígdalas. Aquela coisa quanto tens garganta e fica aquela coisa aborrecida.
Linha 33	E –Chegou a dar nos dentes, não?
Linha 34	P11 –Não, só no pescoço. No dente não tem como dar mesmo. Uso dentadura, mas doía a gengiva. Não me deu mais dor de cabeça também.
Linha 35	E –Não deu mais nada, só a dor?
Linha 36	P11 –Só a dor.
Linha 37	E –Tontura, vômitos?
Linha 38	P11 –Não, não. Não me deu nada.
Linha 39	E –E essa dor piorava com alguma coisa, quando a senhora andava? Piorava quando se mexia?
Linha 40	P11 –Não, quando tivesse assim não me.
Linha 41	E –E quando respirava fundo?
Linha 42	P11 –Quando respirava.
Linha 43	E –Fazia assim piorava?((inclina o corpo pra frente))
Linha 44	P11 –Não.
Linha 45	E –Nada piorava?
Linha 46	P11 –Não tinha nada que me piorava. Era só aquela coisa que vivia doendo, doendo, doendo.
Linha 47	E –Tinha que ficar quietinha ou podia ficar se mexendo?
Linha 48	P11 –Não, ela vinha vagarosa mas tava sempre me incomodando.
Linha 49	E –Ela não aumentava?
Linha 50	P11 –Não.
Linha 51	E –E ela passava com alguma coisa?
Linha 52	P11 –Não porque eu não tomava nada. Porque tinha medo.
Linha 53	E –E ela ficava direto?
Linha 54	P11 –Direto.
Linha 55	E –Ficou direto essa semana inteira o dia inteiro?
Linha 56	P11 –O dia inteiro.
Linha 57	E –O dia inteirinho doendo.
Linha 58	P11 –É.
Linha 59	E –Chegou a acordar com ela de noite?
Linha 60	P11 –Me acordava, me alevantava, ia pro banheiro, tomava banho, deixava

	cair aquela água bem, bem quentinha perto das minhas costas assim, porque eu achava que era da coluna. Porque a coluna dói tudo.
Linha 61	E –Se fosse pra dar uma nota pra ela, zero é aquela que não dói nada e dez é aquela que não dá pra fazer nada porque fica doendo, doendo.
Linha 62	P11 –Eu dava zero.
Linha 63	E –Não, o zero é a que não dói nada, ela não doía nada? Ela doía.
Linha 64	P11 –Ela doía claro.
Linha 65	E –Então ela doía mais ou menos.
Linha 66	P11 –Mais ou menos. Não era aquela coisa de eu gritar.
Linha 67	E –Zero não. Dava uns cinco, seis, mais ou menos.
Linha 68	P11 –Eu não podia, porque eu já tinha medo da pressão.
Linha 69	E –Ela não piorava quando a senhora inclinava pra frente?
Linha 70	P11 –Não.
Linha 71	E –E nem quando mexia os braços?
Linha 72	P11 –Não. Assim também não, não mexia. Ia pro banheiro limpava meus azulejos, ia pra baixo ia pra cima, me abaixava e nada. Só ficava aquela coisa chata aborrecida, aquela coisa chata.
Linha 73	E –E a senhora nunca teve infarto antes?
Linha 74	P11 –Não.
Linha 75	E –E nem pericardite, nenhuma inflamação no coração, não teve nada no coração?
Linha 76	P11 –Não, não tinha nada.

No caso 12 é registrada uma entrevista médica na qual o paciente utiliza respostas monossilábicas e frases curtas.

---

Caso 12, J. V., 65 anos, viúvo, natural e procedente de Florianópolis, vigia aposentado, 07 internações anteriores.

Linha 01	E –O senhor já teve dor no peito?
Linha 02	P12 –É.
Linha 03	E –E essa dor começou faz quanto tempo?
Linha 04	P12 –Uns dez anos.
Linha 05	E –E essa dor era como?
Linha 06	P12 –Era uma dor tipo de infarto.
Linha 07	E –Apertava, queimava?
Linha 08	P12 –Uma agonia.
Linha 09	E –Uma agonia?
Linha 10	P12 –Dá a dor no braço e depois vai pro peito. No peito aí me dá um quentume, uma agonia e aí a família me pegavam então e me levam pro hospital.
Linha 11	E –Uma agonia, né? E ela ficava onde então no peito? Que parte do peito?
Linha 12	P12 –No braço, no ombro.
Linha 13	E –No braço inteiro? Só no ombro?
Linha 14	P12 –Meio braço.
Linha 15	E –Ela começava primeiro no peito e depois corria pro braço ou começava primeiro no braço?
Linha 16	P12 –Primeiro no braço.
Linha 17	E –E depois ia pro peito?
Linha 18	P12 –É.
Linha 19	E –Tinha alguma coisa que fazia a dor passar? O que o senhor toma, assim.

Linha 20	P12 –Isordil.
Linha 21	E –E demora quanto tempo pra dor ir embora?
Linha 22	P12 –Vai uns cinco minutos.
Linha 23	E –Cinco minutos. E sempre quando o senhor sente a dor toma o isordil?
Linha 24	P12 –É.
Linha 25	E –E tem alguma coisa que o senhor faz que piora a dor?
Linha 26	P12 –Quando eu faço uma força. E quando fico nervoso.
Linha 27	E –Nervoso também piora. Se fosse pra dar uma nota pra ela. Zero é aquela que não dói nada e dez é aquela que não dá pra agüentar da dor. O senhor dava um, dois, três, quanto o senhor dava?
Linha 28	P12 –Dava dez.
Linha 29	E –Não dá pra fazer nada com ela, dói muito, muito, muito?
Linha 30	P12 –Dói.
Linha 31	E –É assim?
Linha 32	P12 –É.
Linha 33	E –O senhor sente a dor , sente mais alguma coisa ou só aparece ela?
Linha 34	P12 –Só ela.
Linha 35	E –Só ela. E ela vem de quanto em quanto tempo mais ou menos?
Linha 36	P12 –Vem de dez em dez minutos, depende a força que você fizer ou ficar nervoso.
Linha 37	E –Mas geralmente é de dez em dez dias?
Linha 38	P12 –É.
Linha 39	E –Ela piora quando o senhor respira fundo? Puxa o ar assim? ((faz inspiração profunda))
Linha 40	P12 –Não.
Linha 41	E –Piora quando o senhor mexe os braços, o ombro?
Linha 42	P12 –Quando ela dói.
Linha 43	E –Aí piora quando o senhor mexe.
Linha 44	P12 –É.
Linha 45	E –Piora quando o senhor põe essa parte pra frente ou nunca notou isso? ((inclina o tronco pra frente))
Linha 46	P12 –Nunca notei.
Linha 47	E –O senhor já teve infarto?
Linha 48	P12 –Seis infartos.
Linha 49	E –E pericardite, nunca ouviu falar, não sabe o que é?
Linha 50	P12 –Não.



A seguir descrevemos alguns trechos de entrevistas. Nos Quadros 1 a 7 estão exemplificados trechos de relatos segundo a análise da conversação.

No Quadro 1 está ilustrada a presença de marcadores conversacionais lingüísticos, na linha 60, do Caso 5 e nas linhas 22 e 24 do Caso 7.

### Quadro 1. Marcadores conversacionais

Caso 5 (P5) – Sexo feminino, 47 anos, casada, do lar, natural e procedente de Florianópolis, uma internação prévia. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 57	E –Ela aparece de quanto em quanto tempo agora?
Linha 58	P5 –Agora ela ta assim de cinco em cinco dias, sabe, ela ta vindo mais.
Linha 59	E –A senhora já teve infarto?
Linha 60	P5 –Já deu começo, <b>né</b> . Primeira vez <b>né</b> ?

Caso 7 (P7) – Sexo masculino, 76 anos, casado, agricultor, natural e procedente de Santo Amaro da Imperatriz, oito internações anteriores.

Linha 22	P7 –Embaixo da língua, é, e não passava. Não passava mas aliviava um pouquinho mas sempre ficava doendo. <b>Aí</b> eu disse pra esse filho <b>aí</b> .
Linha 23	E –É seu filho?
Linha 24	P7 –É, nós vamos procurar embaixo o hospital pra ver, <b>aí</b> o outro filho porque eu tenho um filho que mora aqui, <b>né</b> ? <b>Aí</b> ele ligou pro médico, disse traz, aproveita trazer enquanto é dia porque hoje é domingo, não posso atender, mas vocês trazem ele. <b>Aí</b> ele trouxe, veio uma filha e a mulher, <b>aí</b> eles me atenderam, e na mesma hora eu já vim pra aqui. <b>Aí</b> aliviou, a dor. Ontem, deu, duas vezes, uma vez. Ontem deu uma vez. E hoje deu duas vezes. Hoje deu de manhã e deu agora de tarde. Agora umas duas e meia, a hora que trouxeram o café deu. Quase sempre dá, quando eu to deitado.

No Quadro 2 está ilustrada a presença de marcas de atenção, na linha 79.

### Quadro 2. Marcas de atenção

Caso 14 (P14) – Sexo masculino, 55 anos, casado, servidor aposentado, natural e procedente de Florianópolis, cinco internações prévias. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 76	P14 –Três.
Linha 77	E –Três? Então ela é fraca assim, uma dor fraca?
Linha 78	P14 –É.
Linha 79	E- O senhor acha que é fraca?

No Quadro 3 está ilustrada a presença de cinésica, na linha 18, do caso 2 e nas linhas 14, 16 e 18 do caso 19.

### Quadro 3. Cinésica

Caso 2 (P2) – Sexo feminino, 71 anos, viúva, administradora e professora aposentada, natural de Biguaçu e procedente de Florianópolis, três internações prévias. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 15	E –Às vezes alivia sozinha.
Linha 16	P2 –Às vezes alivia sozinha porque antes de eu infartar eu sentia uma ardência aqui, quando eu subia, porque a minha rua tinha uma subidinha assim, eu sentia aquela queimação.
Linha 17	E –Não era a do refluxo, será, ou a senhora não tinha?
Linha 18	P2 –Não era no estômago, era aqui ó <b>((aperta região retroesternal esquerda))</b> .

Caso 19 (P19) – Sexo feminino, 65 anos, natural de Araguari (MG) e procedente de Florianópolis, 13 internações prévias.

Linha 14	P19 –É, uma coisa aqui ó <b>((coloca uma mão sobre a outra no esterno))</b> . Sabe assim no meio. Aquela coisa que parece que ia fechando, aquela angústia, aquela coisa que fechava.
Linha 15	E –Ela corria pra algum lugar ou só ficava ali?
Linha 16	P19 –Não, era só aqui mesmo <b>((mão aberta no esterno))</b> .
Linha 17	E –Piorava com alguma coisa que a senhora fazia? Ou com preocupação?
Linha 18	P19 –Não, mais com agitação <b>((faz sim com a cabeça))</b> .

No Quadro 4 está ilustrada a presença de paralinguagem, na linha 8 do caso 4 e na linha 26 do caso 24.

### Quadro 4. Paralinguagem

Caso 4 (P4) – Sexo feminino, 42 anos, casada, professora, natural e procedente de São José, quatro internações prévias. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 05	E –E aí que ela piorou?
Linha 06	P4 –Agora mesmo esse ano ta direto.
Linha 07	E –Esse ano?
Linha 08	P4 – <b>Ahã</b> . Eu estou sentindo que o meu colesterol está alto. Eu acho que é isso também. Eu engordei muito também. Treze quilos.

Caso 24 (P24) – Sexo feminino, 60 anos, natural de Santo Amaro da Imperatriz (SC) e procedente de Florianópolis, duas internações prévias.

Linha 24	P24 –Não.
Linha 25	E –Então ela durava cinco minutos a senhora falou?
Linha 26	P24 – <b>Ah</b> , mais a primeira vez foi mais. Eu cheguei aqui, eu fiquei dez minutos em casa doendo, vim pra aqui uns dez minutos também, quando eles colocaram o comprimido embaixo da língua e ela começou a melhorar. Ela levou forte, forte mesmo uns trinta minutos.

No Quadro 5 está ilustrada a presença de proxêmica, na linha 82 do caso 18.

### Quadro 5. Proxêmica

Caso 18 (P18) – Sexo masculino, 45 anos, casado, agricultor aposentado, natural de Tijucas (SC) e procedente de Palhoça (SC), seis internações prévias. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 80	P18 –Olha, eu já falei pra ele já ali, eu não sei. Só sei que eu fui na prefeitura de Palhoça aí quando eu dei por si eu tava na UTI, sei o que lá, quando eu dei por si.
Linha 81	E –Aí disseram pro senhor.
Linha 82	P18 –Disseram que deu infarto. Deu duas vezes é. Até dessa vez deu, aí esse médico, porque tem três ou quatro médicos lá, “se der outra vez” ((faz sinal de não saber o que poderia acontecer)); <b>((afasta a cadeira))</b> .

No Quadro 6 estão ilustradas as presenças de cinésica e tacêsica, nas linhas 52 e 54 do caso 20.

### Quadro 6. Tacêsica

Caso 20 (P20) – Sexo masculino, 57 anos, casado, marceneiro, natural de Rio Fortuna (SC) e procedente de Florianópolis (SC), uma internação prévia. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 51	E –Nem quando inclina pra frente?
Linha 52	P20 –Não <b>((faz não com a cabeça))</b> .
Linha 53	E –E quando mexe os braços, ela piora?
Linha 54	P20 –Pra não te mentir, muitas vezes quando ela me dá aquela <b>((aponta com as duas mãos para região torácica inferior))</b> agonia, às vezes assim, às vezes começa negócio de arrotar <b>((faz movimento como se algo saísse da garganta))</b> alguma coisa, aí em geral quando eu solto coisa, aí parece que me alivia mais. <b>((tocou no braço direito da entrevistadora))</b>

No Quadro 7 está ilustrada a presença de silêncio, na linha 28 do caso 28.

### Quadro 7. Silêncio

Caso 28 (P28) – Sexo masculino, 75 anos, casado, carpinteiro, natural de São Luís Gonzaga (RS) e procedente de Florianópolis (SC), 30 internações prévias. A abreviatura “E” significa a fala do entrevistador.

Linha 26	P28 –É. Eu falo com eles aí e eles acham que não é. Eu achava que podia ser uma inflamação, um nervo inflamado, uma veia inflamada, mas eles acham que não. Deve resolver, amanhã vão me mandar fazer outro exame. Eles vão fazer pro estômago uma coisa assim. Fazer uma radiografia. Pior que é só pra amanhã.
Linha 27	E – Ela corre pra algum lugar ou?
Linha 28	P28 –Ela vem da esquerda pra <b>((silêncio))</b> .

## **6 DISCUSSÃO**

O presente trabalho sugere a incorporação da análise da conversação na entrevista médica. A análise da conversação pode fornecer ferramentas que aumentariam a competência deste ato médico. Conseqüentemente ocorreria a otimização da entrevista médica, aqui compreendida como a melhoria do desempenho do diálogo médico-paciente.

Trata-se de uma proposta original, ainda não testada em programas de pós-graduação em nosso país, conforme pesquisa feita nas teses cadastradas na CAPES de 1996 a 2001 (CAPES, 2002).

Numa primeira fase foi construída, avaliada e validada a metodologia e os instrumentos da pesquisa, na qualificação da tese. No estudo piloto foi possível visualizar uma amostra do formato da tese e comprovou-se a viabilidade da utilização dos princípios de análise da conversação para fazer uma nova leitura da entrevista médica. Na fase subsequente foi dada a continuidade de coleta e análise dos dados.

### **Sobre a metodologia**

A metodologia adotada no presente trabalho, a da entrevista interpessoal, permitiu vivenciar uma situação natural de conversação presente no diálogo médico-paciente. Nesse caso a presença do pesquisador e a sua interação com o entrevistado geram um aumento qualitativo dos enunciados obtidos, além de permitir que se realize em um contexto natural a dinâmica de alternância de falante/ouvinte.

Toda pesquisa com entrevista é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca. Não é apenas um processo de informação de mão única passando de um (o entrevistado) para outro (o entrevistador). Ao contrário, há uma interação, uma troca de idéias e significados, em que várias percepções são exploradas e desenvolvidas. Tanto o entrevistado como o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção do conhecimento (GASKELL, 2002).

Para ARENDT (2000), é com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano, sendo que é através do discurso que os seres humanos se distinguem, e que é esta distinção que denota a característica de pluralidade da condição humana. O mundo , como o conhecemos e o experimentamos, isto é, o mundo representado e não o mundo em si mesmo, é constituído através de processos interligados com a comunicação. Buscou-se a maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre a experiência de dor torácica: a sua construção pessoal da história da doença atual. No decurso da sua construção é fascinante ouvir a narrativa em construção: alguns dos elementos são muito bem lembrados e descritos, mas detalhes e interpretações falados podem surpreender o próprio entrevistado. Talvez seja apenas falando que possamos entender o que pensamos ou sentimos.

### **Sobre narrativas**

Quanto a análise qualitativa das entrevistas realizadas é importante ressaltar que o estudo das narrativas conquistou uma nova importância nos últimos anos. Este renovado interesse em um tópico antigo - interesse com narrativas e

narratividade tem suas origens na POÉTICA de Aristóteles – está relacionado com a crescente consciência do papel que o contar histórias desempenha na conformação de fenômenos sociais e lingüísticos (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002). No despertar dessa nova consciência, as narrativas se tornaram um método de pesquisa muito difundido nas ciências sociais. A discussão sobre narrativas vai, contudo, muito além de seu emprego como método de investigação. A narrativa como uma forma discursiva, narrativas como história, e narrativas como histórias de vida e histórias sociais, foram abordadas por teóricos culturais e literários, lingüistas, filósofos da história, psicólogos e antropólogos (FOUCAULT, 1972; SACKS, 1987,1995, 1998 ; SCLiar, 1991; GREENHALGH e HURWITZ, 1999).

Não há experiência humana que não possa ser expressa na forma de uma narrativa. As narrativas são infinitas em sua variedade, e nós as encontramos em todo lugar. Parece existir em todas as formas de vida humana uma necessidade de narrar; contar histórias é uma forma elementar de comunicação humana e, independentemente da linguagem formal ou informal, é uma capacidade universal.

Através da narrativa as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, expressam suas emoções e sentimentos, e jogam com a cadeia de acontecimentos que modelam a vida individual e social. Contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana.

Comunidades, grupos sociais e culturais contam histórias com palavras e sentidos que são específicos à sua experiência e ao seu modo de vida. Contar história é uma habilidade relativamente independente da educação e da competência lingüística; embora a última seja desigualmente distribuída em cada

população, a capacidade de contar história não o é, ou ao menos é em grau menor (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002). Um acontecimento pode ser traduzido tanto em termos gerais como em termos indexados. Indexados significa que a referência é feita a acontecimentos concretos em um lugar, em um tempo e a uma situação específica ( como ocorre na entrevista médica).

As narrações das entrevistas médicas são ricas de colocações indexicadas, a) porque se referem à experiência pessoal, e b) porque tendem a ser detalhadas com um enfoque nos acontecimentos e ações. A estrutura de uma narrativa é semelhante à estrutura da orientação para a ação: existe um contexto; os acontecimentos são seqüenciais e terminam em um determinado ponto; a narração inclui um tipo de avaliação do resultado. Situação, a colocação do objetivo, planejamento e avaliação dos resultados são constituintes das ações humanas que possuem um objetivo. A narração reconstrói ações e contexto da maneira mais adequada: mostra o lugar, o tempo, a motivação e as orientações do sistema simbólico do informante (HEATH, 1998).

O ato de contar história implica duas dimensões: a dimensão cronológica, referente à narrativa como uma seqüência de episódios, e a não cronológica, que implica a construção de um todo a partir de sucessivos acontecimentos, ou a configuração de um “enredo”. O enredo é crucial para a constituição de uma estrutura narrativa (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002). É através do enredo que as unidades individuais ( ou pequenas histórias dentro de uma história maior) adquirem sentido na narrativa. Por isso a narrativa não é apenas uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como no sentido. Se considerarmos os acontecimentos isolados, eles se apresentam como simples proposições que descrevem acontecimentos independentes. Mas se estão



estruturados em uma história, as maneiras como são narrados permitem a produção de sentido do enredo. É o enredo de uma entrevista médica que define o espaço de tempo que marca o começo e o fim de uma história. Sabemos que a vida humana, e a vasta maioria dos fenômenos sociais, fluem sem inícios ou fins precisos. Mas para dar sentido aos acontecimentos da vida, e compreender o que está acontecendo, é importante demarcar os inícios e os fins (GWYN, 1998).

A necessidade de colocar os dados em ordem cronológica é um dos quesitos para a realização de uma entrevista médica. Os acontecimentos são ordenados em uma seqüência de fatos que se desdobram e podem ou não ter desfechos – tais como a melhora ou a piora de sintomas. Nas transcrições das entrevistas dos casos 2, 11 e 12 pudemos observar esta estrutura histórica – ou seja, uma seqüência de fatos e o registro de desfechos.

Decidir o que deve e o que não deve ser dito, e o que deve ser dito antes, são operações relacionadas ao sentido que o enredo dá à narrativa. O sentido não está no fim da entrevista médica; ele permeia toda a história. Deste modo, compreender a entrevista médica não é apenas seguir a seqüência cronológica dos acontecimentos que são relatados: é também reconhecer sua dimensão não cronológica, expressa pelas funções e sentidos através da linguagem.

O Sr. J.V., 65 anos (caso 12), respondia às indagações com frases curtas e utilizando expressões monossilábicas. Poderíamos interpretar como uma forma de comunicação informal. Na comunicação informal as pessoas podem falar do modo como estão acostumadas ou como queiram fazê-lo. Estes dados informais não obedecem regras de conversação, resultam mais do impulso do momento ou do encaminhamento da entrevista.

**Sobre as questões norteadoras:**

Durante a realização das entrevistas, observamos que a utilização das questões norteadoras (tópico guia) foi parte vital do processo e necessita atenção detalhada. Por detrás de uma conversa aparentemente casual encontrada na entrevista, está todo o preparo para que isso ocorra. As questões norteadoras funcionaram como um lembrete para a entrevistadora, fornecendo uma progressão lógica e plausível através do sintoma em estudo: dor torácica. Porém, cabe-nos salientar que nesse tipo de pesquisa, é importante percebermos quando temas considerados importantes e que não poderiam estar presentes em um planejamento ou expectativa anterior, aparecerem em discussão, permitindo a flexibilidade do diálogo.

Embora o conteúdo mais amplo seja estruturado pelas questões da entrevista, na medida em que estas constituem o tópico guia, a idéia não é fazer um conjunto de perguntas padronizadas ou esperar que o entrevistado traduza a sua fala. As perguntas funcionaram quase que como um convite ao entrevistado para falar, com suas palavras e com tempo para refletir; fato que está presente na entrevista médica. Além do mais, a pesquisadora pode obter esclarecimentos e acréscimos em pontos importantes com abordagens apropriadas e questionamentos específicos.

Considerando a conversação efetuada em cada entrevista como uma interação díade, percebemos a necessidade de encorajar o entrevistado a falar sobre a sua experiência e a expandir aspectos de sua história. Isto se consegue através da forma como as perguntas são feitas, utilizando-se aspectos verbais e

não-verbais (balançando a cabeça, gestos, contato com o olhar) , e mostrando-se tranqüilo e à vontade. Assim, o pesquisador segue a linha de pensamento e as experiências do paciente, participando ativamente na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para HAGUETTE (1999) este tipo de entrevista é a que mais favorece a descrição, explicação, detalhes e compreensão dos fenômenos em sua complexidade, por manter sua presença consciente e atuante e, ao mesmo tempo, permitir a relevância da situação do entrevistado. À medida que a interação vai ocorrendo, o entrevistado vai se sentindo envolvido com a sua própria narração, esquecendo-se da presença do gravador – fato ocorrido nos casos 3, 7, 11, 13 e 23 que ao término da entrevista nos relataram que tinham “esquecido” que a conversa estava sendo gravada.

Ao finalizarmos a entrevista, no tempo para “deixar” o ambiente, surgiram alguns comentários, sem que o gravador estivesse ligado: *quando teríamos os casos suficientes para terminar a pesquisa?; a importância da realização de pesquisas na universidade; desculpas por não falarem suas queixas mais detalhadamente, com receio que o material não nos fosse útil*; foram os registros efetuados. Nesta fase da entrevista, muitas vezes acontecem discussões interessantes. O ambiente, agora mais descontraído, sem as formalidades e a presença do gravador, possibilita uma comunicação mais informal onde informações adicionais podem surgir (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002). Estas informações, em muitos casos, podem ser importantes para a interpretação dos dados ou para uma maior participação do entrevistado no processo. Isto pode ser ilustrado em nossa experiência pela preocupação dos pacientes pelo bom andamento do estudo.

## **Sobre os resultados**

Na descrição quantitativa dos dados foram utilizadas medidas de tendência central. Como pode ser observado na Tabela II há uma relação empírica entre os valores da média, moda e mediana das variáveis estudadas. Isto denota que o conjunto dos dados têm curvas de frequências simétricas, pois nas curvas de frequência simétricas, a média, a moda e a mediana são todas coincidentes (SPIEGEL, 1971).

A entrevista individual é uma conversação que dura normalmente entre meia hora e uma hora (GASKELL, 2002). No nosso estudo o tempo médio de entrevista foi de 41 minutos, situando-se no tempo previsto para o tipo de pesquisa realizada e totalizou 18 horas e 15 minutos de gravações nos 30 pacientes entrevistados. CASTILHO e PRETI (1988) divulgaram um estudo com seis diálogos entre dois informantes paulistanos, totalizando 7 horas e 27 minutos de gravação.

Na maior parte dos diálogos observou-se que os interlocutores principiam sua participação com certo formalismo e curiosidade quanto ao gravador (muitos ficavam procurando onde o gravador se encontrava (n= 8); outros perguntaram “já está gravando mesmo?” (n= 5) e alguns questionavam se era necessário falar mais alto (n= 4). Porém, decorridos os primeiros dez minutos de gravação (às vezes, até menos), a conversa fluía mais naturalmente à medida que o assunto ganhava interesse ou então evoluía para tópicos inesperados e interessantes. Estes aspectos também foram anotados por CASTILHO e PRETI (1988), em trabalho realizado sobre a linguagem falada culta na cidade de São Paulo – diálogos entre dois informantes.

O tempo médio de cada transcrição foi de 3 horas e 20 minutos. A produção de uma transcrição consome tempo, pois deve ser um registro tão detalhado quanto possível da entrevista a ser analisada. A transcrição não pode sintetizar a fala, nem deve ser corrigida. Mesmo que apenas as características de maior realce da fala sejam anotadas – tais como ênfase e hesitação – o desenvolvimento da transcrição pode demorar até 10 horas para cada hora de material gravado (MYERS, 2002). Um projeto de análise de conversação necessita ser planejado, reservando uma grande quantidade de tempo para a transcrição. POTTER e WETHERELL (1987) calculam em cerca de 20 horas de transcrição para cada hora de gravação, em contraposição a cerca de três horas para uma hora de gravação de uma transcrição mais simples. As gravações com menor duração permitem que no processo de transcrição seja mais fácil retornar às fitas e enriquecer a transcrição como for necessário (CASSEL, 1987).

No presente trabalho transcrevemos os turnos conversacionais do entrevistador e do entrevistado. Os que transcrevem podem não atribuir turnos a participantes específicos da conversa. A atribuição pode ser muito difícil e acrescentar um tempo extra à transcrição (MYERS, 2002). Mas para os nossos objetivos foi fundamental sermos capazes de identificar cada turno, além de reconhecer o desenvolvimento da entrevista médica.

Em termos práticos, a análise e a interpretação exigem tempo e esforço. Na essência, implicam na imersão do próprio pesquisador no material a ser analisado. Ao ler as transcrições, são lembrados aspectos que vão além das palavras anotadas e revivemos o processo de cada entrevista. Esta é uma parte essencial da pesquisa. A leitura atenta das anotações, junto com a escuta da fita, constituiu o primeiro passo para a análise.

A medida que as transcrições foram lidas e relidas, vários aspectos foram se apresentando. É fundamental atentarmos para os objetivos da pesquisa, procurando a ocorrência e padrões de elementos lingüísticos.

Às vezes, trabalhávamos mais rapidamente e com imaginação, outras vezes, o trabalho foi mais metódico, examinando cuidadosamente os detalhes da transcrição em relação a tópicos específicos.

Para a apresentação dos dados a forma ideal seria apresentar seções da gravação para demonstrar a nossa análise e argumentação. Mas considerando que a interação científica deva ser normalmente representada por símbolos impressos, buscamos a maneira de apresentar os elementos lingüísticos através de quadros (Quadros de 01 a 07) e transcrições de trechos das anamneses (casos 02, 11 e 12), como utilizado por outros autores (CASSEL, 1987; COULEHAN e BLOCK, 1989; BENSON e BRITTEN, 2002; MYERS, 2002; PATTENDEN e cols., 2002.).

Transcrições detalhadas podem ser cansativas e prejudicam entendimento geral do estudo. Elas ocupam também muito espaço e existe sempre a tentação de querer incluir mais e mais. Assim, o pesquisador deverá fazer escolhas relevantes e condizentes com os objetivos do trabalho. Segundo MARCUSCHI (1986) o pesquisador fará a transcrição e apresentação dos dados assinalando o que é fundamental para suas análises.

A análise da conversação analisa materiais empíricos, orais, contextuais, considerando também as realizações não-verbais durante o processamento da conversação. Expressões faciais, um sorriso, um olhar ou gesto corroboram com a construção do enunciado lingüístico que está sendo proferido, ou ainda podem substituir um enunciado lingüístico no processo interacional face a face.

Como o texto oral é planejado e verbalizado ao mesmo tempo, os interlocutores podem empregar elementos lingüísticos verbais e não-verbais em qualquer ponto da interação, desempenhando funções conversacionais e sintáticas.

Durante a construção de uma conversação, são de importância fundamental os sinais enviados pelos interlocutores, orientando uma boa sincronia entre os falantes. A boa sincronia orienta para problemas no processo interacional, que vão desde a não-aceitação do tópico até a não-compreensão do mesmo (RESWEBER, 1982).

### **Sobre a comparação entre os grupos idosos, de gênero e local de atendimento**

No presente trabalho não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos idosos e não-idosos quanto a presença ou não de elementos lingüísticos (exceto quanto ao silêncio); quanto ao gênero houve registro de paralinguagem em todas as mulheres (Tabela IV).

A partir da década de 70, com o surgimento da sociolingüística, o gênero e a faixa etária, passaram a ser usadas como categorias analíticas. A sociolingüística quantitativa, encabeçada pelo lingüista americano WILLIAM LABOV (1972), tinha como objetivo de estudo a variação, ou como os falantes produzem “variantes” (uma determinada pronúncia ou uma forma gramatical) de acordo com as variáveis lingüísticas relacionadas com o gênero, a idade, ou classe sociocultural.

TANNEN (1991) foi a pesquisadora que mais divulgou o método da diferença, propondo a existência de estilos interativos diferentes entre homem e mulheres. A pesquisadora sugeriu, por exemplo, que em conversas as mulheres tendem a ser mais cooperativas e os homens mais competitivos.

Os gêneros masculino e feminino são categorias procedentes de uma construção histórica, cultural e social e, na sociolinguística, a diferença entre a fala de homens e mulheres é objeto de permanente estudo (LEITE e CALLOU, 2002).

A generalização que se pode fazer sobre as diferenças existentes entre a linguagem masculina e feminina é a de que a identidade homem/mulher interage com outras identidades culturais, não podendo ser vista isoladamente, e sim em conjunto com outros fatores.

A interação gênero/faixa etária desempenha papel de importância na análise do processo de estruturação linguística (LEITE e CALLOU, 2002).

Quando consideramos o local de realização da entrevista (internação e setor de ambulatorios) observamos maior ocorrência de elementos linguísticos e transcrições com maior número de turnos e linhas nos pacientes entrevistados no setor de ambulatorios (Tabela V). Esta caracterização de maior participação dos pacientes nas entrevistas poderia denotar influência de maior vínculo com a instituição e seus profissionais. Isto é, no entendimento da pesquisadora, os pacientes ambulatoriais teriam uma maior relação médico-paciente com o médico assistente o que facilitou a inclusão e a colaboração com o estudo. Também temos que considerar que o paciente ao ser internado é submetido a várias situações novas e por vezes desafiadoras (exames a serem realizados, expectativas quanto à evolução da doença e tratamento, limitação ao convívio familiar e social), que podem influenciar no detalhamento da entrevista.

Na presente casuística, vinte e sete dos entrevistados exerciam ampla variedade de atividades profissionais (Tabela I), apesar da faixa etária mais elevada (mínimo de 42 anos e máximo de 75 anos), refletindo a tendência pessoal e econômica de se manter em laboração mesmo após a aposentadoria. Esse



aspecto é importante na abordagem sociolingüística, apontando para uma população que se mantém interagindo com outros membros da sociedade, incorporando e aprimorando as variações da língua falada.

### **Sobre a frequência dos elementos lingüísticos**

Em nosso estudo a ocorrência de marcadores conversacionais foi cento e noventa nos trinta casos estudados (Tabelas II e III), sendo que os mais utilizados foram os marcadores do tipo apelatório - né (63%); continuador - aí ; o reforçatório - assim e de indagação – entendeu?. Esta classificação foi necessária, devido ao fato dos marcadores conversacionais representarem elementos extremamente freqüentes e por desempenharem diferentes funções durante a inter-relação na entrevista médica. Perguntávamos se a ocorrência destes marcadores seria resultado da influência da região sul do país, e constatamos que em estudo realizado por OLIVEIRA NETO (1996) em que verificou o uso de marcadores conversacionais na fala dos canoeiros, encontrando o predomínio do uso de né, aí e assim.

Segundo LEITE e CALLOU (2002) as divisões dialetais no Brasil são menos geográficas que socioculturais e as diferenças na maneira de falar são maiores, num determinado lugar, entre um homem culto e o vizinho analfabeto do que entre dois brasileiros do mesmo nível cultural, originários de regiões distantes uma das outras.

Nas nossas entrevistas os marcadores conversacionais adquiriram diferentes efeitos de sentido, durante o processo comunicativo entre médico-paciente, exercendo importância ao reforçar dados que o paciente julgava necessário, além de

atuarem como organizadores da conversação. Observamos que a utilização do “ai” e “assim” sinalizavam para o desejo do paciente manter o domínio do turno conversacional, não querendo ser interrompido na sua organização da fala e pensamentos (exemplificado no quadro 1 – caso 7). A utilização do “né” na maioria das situações expressava uma certa compreensão e cumplicidade que o paciente esperava receber do entrevistador. Em certas ocasiões, percebemos inclusive pausas sucedendo a expressão “né”, maneira que o paciente utilizava para permitir que o entrevistador pudesse retomar o turno e confirmar (verbal ou não-verbal) o que estava sendo dito.

Quanto ao marcador conversacional “entendeu?”, a sua utilização geralmente finalizava o turno do paciente, e passava a palavra para a entrevistadora. Em quatro pacientes, o significado era de expressar algo conflitante envolvendo decisão pessoal.

Quanto as marcas de atenção foram observadas em vinte e cinco ocasiões (Tabela III) e tinham caráter de convergência ( “sim”; “claro”; “é”). Eram sempre emitidas durante o turno da entrevistadora e permitiam perceber que o paciente além de entender o que estava sendo colocado, concordava com o enunciado. Encontramos as marcas de atenção principalmente quando repetíamos algum dado que o paciente havia nos contado ( por exemplo, quando descrevíamos as características da dor que tinham sido mencionadas: quadro 2 – caso 14 ). Era o momento em que, apesar do paciente não estar com o turno conversacional , ele conseguia confirmar o nosso entendimento sobre a sua descrição ou detalhes do sintoma ou fatos ocorridos.

### **Quanto aos recursos não-verbais**

A comunicação não-verbal, caracterizada por cinésica, paralinguagem, proxêmica, tacêsica e silêncio, ocorre em até 65% do processo comunicativo de um encontro social (NARDONE e cols., 1992). Essa impressionante e expressiva frequência também pode ser observada no trabalho aqui exposto onde constatou-se presença de comunicação não-verbal em 46,7% das mensagens emitidas e registradas.

Os recursos não-verbais mais utilizados pelos pacientes foram, em ordem de frequência, cinésica (n=183), paralinguagem (n=77), silêncio (n=20), proxêmica (n=4) e tacêsica (n=3), conforme ilustrado nas Tabelas II e III.

A linguagem falada ou escrita teve sempre a primazia no contexto comunicacional no mundo moderno, porém há muito tempo vem sendo aceito o aforismo: uma imagem/gesto vale por mil palavras. A comunicação através de recursos não-verbais assume importância na entrevista médica, pois permite ao paciente complementar o significado das palavras, imprimir dualidade no que está sendo dito, ou mesmo, através de um gesto ou silêncio expressar todo o seu sofrimento ou discordância sobre a situação ou o fato.

Modernamente, além dos meios técnicos de comunicação, estudam-se outras possibilidades de comunicação pessoal virtual, por meio de gestos, de postura, do andar, do falar, do olhar ( ANDRADE e MENEZES, 2000).

A comunicação não-verbal está intimamente relacionada às palavras pronunciadas, podendo emoldurar o sentido de um enunciado. Dependendo do contexto, ilumina todos os fenômenos que envolvem uma conversa, dizendo-nos muito mais do que foi emitido.

Na interação médico-paciente, além da percepção dos vários aspectos da comunicação não-verbal, é importante utilizar adequadamente as observações feitas no contexto da dinâmica que envolve a entrevista médica.

A característica principal a ser buscada é a consistência dos dados emitidos. Observar o comportamento não-verbal e determinar se é ou não congruente com a mensagem verbal e com o estado geral do paciente no conjunto da história clínica. Quando existe congruência entre a mensagem verbal e não-verbal, a comunicação está sendo eficaz e coerente; quando existe discrepância, deve-se revisar a maneira como foram coletados as informações, visando identificar qual é a mensagem real (COULEHAN e BLOCK, 1989).

No presente estudo, a cinésica foi observada em 183 ocasiões (Tabelas II e III): 131 gestos, mostrando a localização e/ou irradiação da dor; 23 movimentos da cabeça ou do corpo; 17 vezes ocorreu a modificação da expressão facial durante a narrativa (surpresa, tristeza, dor, alegria, dúvida): 07 apresentaram mudança nos movimentos do olhar (desvio do olhar, piscar mais rapidamente) e 05 expressaram sorrisos durante a narrativa.

O gesto é considerado uma linguagem pré-verbal, pois se acredita que, na evolução da comunicação humana, apareceram primeiro os gestos e, depois, as palavras (ANDRADE e MEDEIROS, 2000). No que diz respeito à gesticulação, observa-se que o seu uso tende a reforçar o que se está tentando expressar, e muitas vezes, substitui a própria palavra ( em nossas entrevistas, comumente o paciente apontava para o local da dor, sem denominá-lo, apenas dizendo: "é aqui, ó").

Alguns autores, como BERGÈS (1972), COULEHAN e BLOCK (1989), KELEMAN (1992) e WEIL e TOMPAKOV (2002), apontam a significação de gestos

e posturas que os falantes adotam em reuniões sociais e outras situações de comunicação, traduzindo seu possível significado. Os gestos humanos são capazes de fornecer elementos reveladores sobre o nosso estilo de ser e sentir.

Segundo BERGÈS (1972), é através de indícios que o gesto se expressa: ele não nos toma pela mão para caminharmos em sua companhia, apenas adverte-nos dos cruzamentos e das curvas. Esse gesto, porém, destina-se ao nosso interlocutor. Aquele que o faz deseja que o outro o veja e o entenda. Faz-se essa leitura através da compreensão dos sinais. Há casos em que o gesto visa a insistir em determinado aspecto da conversa, em torná-la clara e inequívoca, procedendo do desejo de ser compreendido – é, por exemplo, o caso dos gestos que dão ênfase à palavra, a acentuam e lhe dão um realce na dinâmica conversacional, como faz o paciente apontando o dedo indicador na intenção de demonstrar o local exato da sua dor. Também, o que se exprime no gesto, pode ser uma alusão a outra coisa que se deseja suavizar, apagar, mascarar ou mudar, em relação às palavras proferidas.

Procuramos compreender as pessoas através dos gestos; sob nossos olhos elas se traem, exprimem, entregam ou recusam. É essa ligação secreta que se estabelece entre o ouvinte e o falante, através de um gesto, que lhe confere essa dimensão de troca, de mensagem e de compreensão. É na busca de sinais que se descobrem os aspectos revelados e ocultos do gesto. O alfabeto dos surdos-mudos é uma transposição da linguagem falada ou escrita para o gesto, e de utilização bem recente. Na Idade Média, em certos conventos, onde era absoluta a regra do silêncio, existiam “códigos de gestos”, registrados e catalogados e que tornavam possível uma comunicação precisa (BERGÈS, 1972).

Cumpramos ressaltar que embora muitos gestos específicos tenham sido estudados e interpretados, eles devem ser valorizados sempre no contexto da

situação da história do paciente, e confirmados pelo mesmo. Quando o gesto ou a expressão facial parecem indicar algo diferente das palavras ditas, deve-se fazer um esforço para perceber e determinar qual – o gesto ou a palavra – está mandando a mensagem real. A mensagem não-verbal pode ser mais precisa. A interpretação não é um problema quando um gesto “confirma” as afirmativas do paciente ou as hipóteses do médico baseadas nelas.

O padrão mais comum entre os pacientes que relatam suas experiências de dor é mostrar através de gestos a localização da dor e inclinar-se na direção do interlocutor no momento em que estão falando, fatos observados nos nossos pacientes (exemplificados nas transcrições das entrevistas dos casos 02, 11 e 12).

O entrevistado ao responder “não” a uma pergunta e ao mesmo tempo balançar a cabeça num gesto afirmativo, mesmo que mínimo, sinaliza para o médico a possibilidade de haver inconsistência do dado emitido (situação exemplificada no quadro 3 – caso 19).

A mudança da expressão facial foi observada em 17 pacientes, durante os seus turnos conversacionais, ocasiões em que os pacientes estavam nitidamente envolvidos naquilo que falavam e empregando tom emocional no enunciado.

Outro aspecto da cinésica diz respeito a possibilidade de analisar o padrão de movimentos de olhos do interlocutor. Um bom contato visual não significa olhar fixamente para o paciente, o que vai fazê-lo ficar pouco à vontade; sempre existem interrupções naturais do olhar. Se o paciente mantém os olhos nos olhos apenas nas questões fáceis mas desvia o olhar nas questões delicadas, estará sinalizando para dificuldades em expressar as questões. Quando existe conflito entre o que uma pessoa fala e o que está efetivamente pensando, ela tende a piscar os olhos numa frequência maior. Piscadas rápidas indicam que se tocou em um tópico

sensível para a pessoa, e o médico deve estar atento para perceber e retornar em momento oportuno ao assunto (BERGÈS, 1972). Em nossos entrevistados observamos desvio do olhar quando narravam situações de sofrimento físico ou conflitos com familiares. Também encontramos o ato de piscar mais rapidamente, durante a narrativa de situações conflitantes.

A expressão de sorrisos durante a interação médico-paciente ocorreu durante a abordagem de situações consideradas engraçadas ou felizes ( em 03 casos) e sinalizando para o nervosismo associado com a posição de braços cruzados e tensos (em 02 casos).

Os trinta pacientes que participaram do nosso estudo emitiram 77 expressões de paralinguagem (Tabelas II e III). É interessante mencionar que na maioria dos casos ocorreu a utilização de “ahã” (n=63 – 81,8%), como significado de aprovação ao que estava sendo falado (exemplificado no quadro 4 – caso 4). Em muitas ocasiões a expressão foi acompanhada por elementos de cinésica ( como afirmativa com a cabeça ou o balanço do corpo inclinando-se na direção da entrevistadora).

O “uhrum” foi utilizado em 7 ocasiões como resposta negativa ao que havia sido formulado. Durante as narrativas dos pacientes observamos que a utilização do “ah” (presente em cinco ocasiões) ocorreu quando havia lembrança de algum dado importante a ser relatado (como exemplificado no quadro 4 – caso 24). Em 2 momentos foi utilizado o “oh” como expressão de surpresa para o que estava sendo falado.

Em todas as mulheres entrevistadas registramos a utilização de paralinguagem (Tabela IV); segundo LEITE e CALLOU (2002) essa constatação pode ser interpretada através da tendência do gênero feminino aceitar mais facilmente os neologismos, apresentando maior flexibilidade na fala que os homens,

incorporando expressões utilizadas no cotidiano (vinculadas através da mídia e contato com a linguagem dos filhos adolescentes e adultos jovens).

Outra observação a ser comentada é que quando o paciente utilizava o elemento de paralinguagem, normalmente o fazia em resposta a uma pergunta e o uso de tal elemento praticamente terminava aquele turno conversacional, ou seja, as respostas não eram prolongadas, limitando-se ao uso da paralinguagem. Esse aspecto assume importância na interação médico-paciente, pois sinaliza para a necessidade de mudança do tópico ou abordagem do assunto em outro momento, emitindo cansaço ou vontade de simplificar a resposta.

Para CASSEL (1987) a paralinguagem é a música da linguagem falada. Todos os fenômenos que envolvem uma conversa podem ser expressos por sons emitidos pelo aparelho fonador, com significados próprios ao momento, mas que não são transcritos normalmente na linguagem escrita.

É preciso perceber que na interação médico-paciente todos os dados emitidos (verbais e não-verbais) devem ser valorizados no contexto da história clínica. Assim, atentar para um elemento de paralinguagem e buscar o seu significado, é permitir ao paciente confirmar aquilo que deseja ou não transmitir.

O valor de tais elementos nos diálogos vem recebendo atenção dos especialistas no estudo de nossa língua. No Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 1999), encontramos a expressão de paralinguagem “ah-ah” com o significado de voz de quem acerta, ou daquele a quem principia a acontecer alguma coisa como desejava; indica surpresa, ironia e incredulidade; também registra a interjeição “oh” expressando espanto, surpresa, alegria, tristeza, admiração, lástima, repugnância e outras impressões vivas e súbitas.



O recursos não-verbais proxêmica e tacética estiveram presentes respectivamente em 04 e 03 ocasiões (Tabelas II e III).

Segundo BATES (1998), a distância em relação ao paciente durante a realização da entrevista, deve ser razoável, não muito perto, a ponto de criar uma intimidade constrangedora, nem excessivamente distante, a ponto de dificultar uma conversação. Quando os pacientes preferem manter uma maior distância social, estão comunicando algo a respeito de si mesmos, psicológica ou talvez devido a influências socioculturais.

É importante observar durante o transcorrer da entrevista médica as mudanças ocorridas na distância entre os interlocutores, considerando a proxêmica como um recurso não-verbal dinâmico. O falante e o ouvinte podem se afastar ou se aproximar dependendo de fatores como: interesse pelo tema; tempo disponível para a conversação e aspectos socioculturais (grau de intimidade entre os falantes; faixa etária e hierarquia dos informantes; além dos aspectos emocionais contidos no teor da conversa).

Segundo BERGÈS (1972), as mulheres tendem a se aproximar mais quando o seu interlocutor é também do sexo feminino, sendo justificado pela raízes educacionais e culturais.

No nosso estudo dos 4 atos de proxêmica observados, 2 foram de afastamento durante o relato de problemas com relacionamentos familiares e incerteza quanto ao futuro (exemplificado no quadro 5 - caso 18), e em 2 situações ocorreram atos de aproximação, quando relataram não estar seguindo o tratamento medicamentoso proposto pelo médico assistente (inclusive deslocando a cadeira para se aproximar da entrevistadora), sendo tais relatos acompanhados por tom decrescente da voz.

O uso do toque (tacêsica) durante a conversação foi observado em 3 ocasiões (Tabelas II e III), coincidindo com o relato de aspectos pessoais e sociais (desentendimento com o filho, morte do cônjuge e desemprego – em 2 casos) e no caso 20 durante a descrição dos fatores de piora e alívio da dor (quadro 6).

Não podemos refletir aqui a respeito de todos os significados do toque na interação interpessoal, pois esse elemento não-verbal continua sendo motivo de estudo no âmbito da diversidade cultural (BERGÈS, 1972). Porém, deve ser percebido como a necessidade de chamar a atenção para a singularidade do que está sendo dito. É a maneira de exigir/reclamar a atenção do interlocutor para o real significado das palavras ou mesmo emitir um sinal para a importância do contato visual naquele momento conversacional.

Nas 3 situações que ocorreram o toque, a entrevistadora estava fazendo anotações, e através da tacêsica, nos era solicitado que mantivéssemos o contato visual para o que estava sendo falado.

Durante a realização das nossas entrevistas, o silêncio se fez presente em 20 ocasiões (conforme tabelas II e III).

Para ORLANDI (2002), quando o homem, em sua história percebeu o silêncio como significação, criou a linguagem para retê-lo.

O ato de falar é o de separar, distinguir e, paradoxalmente, vislumbrar o silêncio e evitá-lo. A linguagem estabiliza o movimentos dos sentidos. No silêncio, ao contrário, sentido e sujeito se movem largamente. As palavras são múltiplas mas os silêncios também o são. Se a linguagem implica silêncio, este, por sua vez, é o não-dito visto do interior da linguagem. Não é o nada, não é o vazio sem história.

Silêncio que atravessa as palavras, que existe entre elas, ou que indica que o sentido pode sempre ser outro, ou ainda que aquilo que é mais importante nunca se

diz. Assim, quando dizemos que há silêncio nas palavras, estamos dizendo que: elas são atravessadas de silêncio; elas produzem silêncio; o silêncio fala por elas; elas silenciam (ORLANDI, 2002). Se tomarmos o mar como metáfora é na profundidade, no silêncio, que está o real sentido. As ondas são apenas o seu ruído, suas bordas (limites), seu movimento periférico (palavras).

A linguagem supõe a transformação da matéria significante por excelência (silêncio) em significados apreensíveis, verbalizáveis. Não suportando a ausência das palavras – “por que você está quieto?” “o que você está pensando?” – o homem exerce seu controle e disciplina fazendo ou querendo que o silêncio fale ou, ao contrário, supondo calar o outro.

O silêncio significa de múltiplas maneiras e é o objeto de reflexão de teorias distintas: de filósofos, de psicanalistas, de semiólogos, de lingüistas, e outros profissionais que se interessam pelo silêncio, sob a etiqueta da elipse e do implícito; para os filósofos gregos, todo ato de pensar começa com o que chamavam de espanto. Esse espanto é um lugar de silêncio. Só o silêncio possibilita o desvelamento do que quer se mostrar a nós. O silêncio é uma clareira, uma luz sob a qual se pode refletir aquilo que antes não era indagado. O silêncio permite refletir o que e como as coisas são. Só depois é que sentiremos a necessidade de sair do silêncio. De ir em busca de palavras para exprimir e comunicar nossa descoberta. É difícil tanto entender o que é o silêncio quanto silenciar (RESWEBER, 1982).

Além disso, há silêncios múltiplos: o silêncio das emoções, o místico, o da contemplação, o da introspecção, o da revolta, o da resistência, o da disciplina, o do exercício do poder, o da derrota, o da dúvida, entre outros significados.

O silêncio não é transparente; é tão ambíguo quanto as palavras, pois se produz em condições específicas que constituem seu modo de significar (CASTANEDA, 1988).

Durante a entrevista médica as funções do silêncio são múltiplas e incluem: tempo para lembrança e elaboração da informação a ser dada; surpresa com o tema; censura do enunciado; conotação ou impedimento emocional; negação da situação ou da conversa; vontade de finalizar a conversação; não entendimento do que foi perguntado; ausência de resposta ou opinião para o que foi formulado ( não ter certeza ou não desejar responder) (COULEHAN E BLOCK, 1989).

Nas situações em que o silêncio se fez presente nas nossas entrevistas atribuímos: em 5 momentos devido a fatores emocionais; em 6 devido ao não entendimento do que havia sido formulado; em 4 não houve resposta para a questão apresentada – envolvia a lembrança de datas; em 4 o silêncio simbolizou a oportunidade (tempo) para preparar a melhor resposta (exemplificado no quadro 7-caso 28) e em uma ocasião sinalizou a vontade de encerrar a entrevista.

É importante mencionar que tais observações surgiram no contexto da entrevista médica, e que cada silêncio dependendo da maneira e momento em que é colocado, determinará um efeito no interlocutor. É, entretanto porque o silêncio significa em si, que se pode tentar percebê-lo, como silêncio fundador que é capaz de fazer que o “não-dizer” tenha um sentido, tornando toda significação possível e circunstancial.

Outro fato a ser comentado é a constatação que os não-idosos tiveram maior registro de expressão de silêncio do que os idosos. Seria a faixa etária um fator importante para a manifestação do silêncio? Os idosos teriam maior paciência e interesse em verbalizar as respostas? Ou seria a casualidade do momento singular

da conversação que determinaria tal expressão? Estas são questões que tem suscitado discussões entre os especialistas. Para LEITE e CALLOU (2002), as pessoas com faixas etárias mais elevadas tendem a não absorver neologismos lingüísticos, ouvem com mais paciência e tentam elaborar respostas mais precisas. Segundo CALDAS-COULTHARD (2000), alguns fatores (como gênero, idade e regionalidade) são condicionantes da heterogeneidade lingüística, influenciando a tomada de turno e de tópico, a questão da polidez, as interrupções, o silêncio e as formas de tratamento, sempre levando em consideração os estilos interativos diversos.

Expressar o silêncio não é calar o interlocutor mas impedi-lo de sustentar uma conversação. Em determinadas condições, o silêncio não permite que se diga coisas que podem causar rupturas significativas na interação social (ORLANDI, 2002), e em outros momentos representa a expressão da própria ruptura.

## **Finalizando**

Diante do que foi comentado sobre a análise da conversação durante a entrevista médica, através do estudo dos elementos lingüísticos (verbais e não-verbais), é importante rever a necessidade do médico ter o preparo necessário para observar na sua prática diária as peculiaridades das informações do paciente, aperfeiçoando a comunicação através do diálogo. DUNNING (2000) considera o peso da realidade que o médico convive atualmente, exercendo a sua atividade profissional com restrição de autonomia por vinculação a instituições onde recebe baixo salários e submete-se a excesso de burocracias e rotinas. Acrescenta que o currículo médico, muitas vezes, não enfoca o ensino das habilidades de

comunicação importantes para o entender e o cuidar do paciente. Lembra que o ensino é voltado para o fazer, e não para o sentar e escutar, determinando o enclausuramento em nossas práticas, sem incentivo para refletir sobre o que fazemos.

DUNNING (2000) assinala que, enquanto há cem anos atrás, os médicos eram prestigiados por seus pacientes, hoje, a medicina tornou-se uma parte poderosa e complexa de nossa sociedade, mas seus profissionais têm sido cobrados em virtude das atitudes diante dos pacientes, falta de tempo na interação e muitas vezes colocando a tecnologia em substituição ao ato de conversar.

A arte da entrevista médica produz as mudanças necessárias para o entendimento do paciente e sua doença (CEGALA e BROZ, 2002). O modo como a doença interfere no bem estar do paciente, chama nossa atenção não apenas pelas informações diagnósticas mas também pela nossa genuína preocupação com as conseqüências causadas pela dor na vida do paciente.

Os cientistas médicos acreditam que os dados subjetivos devem sempre ser substituídos por dados objetivos (COULEHAN e BLOCK, 1989). Infelizmente, as informações através das quais conseguimos conhecer o ponto de vista da pessoa doente – sensações do corpo, emoções, sofrimentos, necessidades, desejos, medos, crenças, preocupações com o futuro, as experiências do passado) – são sempre subjetivos, carregadas de valor e imensuráveis.

Acreditamos que os pacientes tem a dizer a respeito de suas dores e deles mesmos sejam fundamentais para o saber científico e que devem ser desenvolvidos através da melhor interação do médico com o paciente.

É necessário valorizar o desenvolvimento de métodos sobre entrevista médica, para refletirmos sobre as informações pessoais obtidas com os pacientes;

métodos para entrevistar que permitam resgatar as habilidades que os médicos utilizam durante toda a vida – as mesmas habilidades que são o primeiro passo no avanço da relação médico-paciente e que permitem o contínuo progresso do ser humano: observar, escutar e comunicar.

Assim, é fundamental refletirmos sobre nossos objetivos, como seres humanos e profissionais que lidam com outros seres humanos. Na medicina, na ergonomia cognitiva e na lingüística, assim como em outras áreas do saber, precisamos criar condições de enaltecer o falar, o escutar e o observar, como meios de praticar e fazer ciência. Não considero a tarefa fácil, pois num mundo onde as mensagens são transmitidas sem a necessidade do contato visual ou mesmo da presença do interlocutor, torna-se um desafio fazer o jovem estudante acreditar e disponibilizar o tempo necessário para a arte da conversação na interação médico-paciente. Vivemos numa sociedade que reverencia a velocidade – o reinado do tempo real – o avanço tecnológico, o sucesso individual, o desempenho, o não perder tempo. As crianças e adolescentes se submetem ao mesmo tempo a todos os estímulos. Não conseguem assistir a um mesmo programa por muito tempo. A dificuldade de conversar está associada à incapacidade de saber encantar pelas palavras ( na escola e na família) e, mesmo à dificuldade de parar quieto e focado num só tema. Mas, na realização da entrevista médica, centralizar a atenção no paciente, nos seus gestos e nas suas palavras, é otimizar a singularidade da conversação entre o profissional e o paciente . Só assim, poderemos rever a nossa atuação e as nossas atitudes perante a ciência, o trabalho, os seres humanos e a vida.

## Limitações

Há a questão do tamanho da mostra a ser analisada. Segundo GASKELL (2002) a transcrição de uma entrevista pode ter até 15 páginas. Há uma perda de informação no relatório escrito, e o entrevistador deve ser capaz de trazer a memória o tom emocional do entrevistado e lembrar de detalhes que possam ser importantes. Falas e comentários que numa primeira escuta pareciam sem sentido podem, entrar em cena à medida que as contribuições de diferentes entrevistados vão acontecendo. É essencial quase que viver e sonhar as entrevistas – ser capaz de relembrar cada ambiente em que ocorreu o diálogo, e os elementos principais de cada entrevista. Consideramos que as 30 entrevistas realizadas situaram-se no limite suficiente para a realização das transcrições e análises de cada caso, tendo em mente os nossos objetivos. Para Gaskell (2002) há um limite máximo entre 15 e 25 entrevistas individuais, dependendo do tema em questão.

O número de casos poderia ser considerado pequeno ( $n=30$ ). No entanto, a maioria dos estudos qualitativos adota este número como representativo (TRIVIÑOS, 1987; BOGDAN e BIKLEN, 1994). E, observa-se que é possível atingir os objetivos com um número ainda menor de casos, quando os parâmetros qualitativos avaliados seguem um padrão repetitivo (PATTENDEN e cols., 2002). Na investigação qualitativa a preocupação não é com o tamanho da amostra. O pesquisador poderia investigar com profundidade um único caso (Estudo de Caso) e conseguir atingir o objetivo (TRIVIÑOS, 1987). BOGDAN e BILKLEN (1994) também são partidários da idéia de que a amostra na pesquisa qualitativa não necessita ser “representativa”.



Na pesquisa qualitativa o importante é a profundidade, o primordial é a qualidade dos dados. O número de casos do presente estudo foi arbitrado em trinta, pois considerou-se como suficiente e apropriado para atingir os objetivos.

TARALLO (1985) discute os aspectos relacionados ao “Paradoxo do Observador”, uma vez que pretendemos estudar a língua falada em situações naturais de comunicação e coletar o material sem que a presença do pesquisador e do gravador interfiram na naturalidade da situação de comunicação.

Mas, na entrevista médica o pesquisador precisa participar diretamente da interação pois sente a necessidade de controlar tópicos de conversa em que está interessado. Como resolver, por conseguinte, o “Paradoxo do Observador”? Isto é, de um lado, o pesquisador necessita de dados que somente podem ser coletados através de sua participação direta na interação com os falantes; de outro, essa participação direta pode perturbar a naturalidade do evento.

Os estudos de narrativas de experiência pessoal têm demonstrado que, ao relatá-las, o informante está tão envolvido emocionalmente com o que relata, que presta o mínimo de atenção ao como relata. E é precisamente esta a situação natural de comunicação almejada. Ao narrar suas experiências pessoais mais envolventes, o informante desvencilha-se praticamente de qualquer preocupação com a forma de relato (FOUCAULT, 1999; CHARON, 2001).

O pesquisador deve coletar: i) situações naturais de comunicação lingüística e ii) material de conversação de boa qualidade sonora (TARALLO, 1985). O pesquisador ao selecionar seus informantes, estará em contato com falantes que variam segundo classe social, faixa etária, etnia e gênero. O pesquisador deverá tentar neutralizar a força exercida pela presença do gravador como elemento estranho à interação. Segundo HAGUETTE (1999), a entrevista é um processo de

interação social entre duas pessoas, no nosso caso, a entrevistadora e o paciente. Enquanto instrumento, a entrevista deveria buscar captar o real, sem juízos do pesquisador ou das interferências externas que possam modificar a condição real. Entretanto, argumenta que esse real não pode ser captado como num “espelho” e que por mais que nos esforcemos, tendemos a interpretá-los por nossas “leituras” subjetivas. Isso não implica que devemos desistir de captar da melhor forma possível.

A formulação de roteiros de perguntas norteadoras, um questionário-guia de entrevista, tem por objetivo homogeneizar os dados de vários informantes para posterior comparação, controlar os tópicos de conversação, e, em especial, provocar narrativas de experiencial pessoal.

## **Contribuições**

Está sendo dado mais um passo na aproximação de pesquisas interdisciplinares, aqui exemplificada pela Ergonomia cognitiva e Medicina.

Para MORIN (2002) os cientistas deveriam buscar verdadeiro saber através de esforços para eliminar as fronteiras entre as disciplinas que constituem as ciências e, a linguagem é sempre o meio de promover esse elo.

Quando professores e administradores acadêmicos falam em “interdisciplinaridade”, podem estar se referindo a três coisas diferentes, ainda que normalmente não haja muita consciência a respeito dessas distinções. Eles podem estar se referindo à versão “trivial” da interdisciplinaridade, ou seja, a uma relação complementar entre diferentes especializações científicas ou acadêmicas que é necessária, às vezes, para a solução de problemas complexos. Biólogos,

bioquímicos e estatísticos precisavam trabalhar juntos para tornar possível a decifração do genoma humano. A segunda, a interdisciplinaridade “de fim de semana” é o (des)interesse polido, entre estudiosos de campos diferentes, pelo trabalho uns dos outros. Essa polidez pode compensar, ao menos por um breve período, a convicção de todos no sentido de que nada que “os outros” possam ter a dizer teria importância real para o trabalho que cada pessoa realiza. Os físicos apreciariam, de maneira vagamente condescendente, aquilo que os estudiosos do italiano terão a dizer sobre as idéias de Dante a respeito do cosmo, mas nunca por tempo mais longo do que um fim de semana. Por fim, a interdisciplinaridade virtual se refere aos períodos bem financiados que acadêmicos de campos diferentes e com projetos individuais bastante distintos passam juntos em instituições que se dedicam oficialmente a pesquisas interdisciplinares. Espera-se, nessa modalidade, que eles se envolvam, no mínimo casualmente, em conversações que poderiam resultar em projetos de trabalho conjuntos com potencial inovador (DJERASSI e cols., 2002).

Em contraste com essa realidade muitas vezes grotesca, acreditamos que um estilo diferente de interdisciplinaridade deveria ser cultivado – um estilo de colaboração intelectual que cumpra as promessas que a palavra implica. Essa outra interdisciplinaridade seria qualquer trabalho envolvendo diversas disciplinas acadêmicas, cujos efeitos ninguém pudesse prever e cujos resultados potenciais não poderiam ter sido produzidos isoladamente.

Esta interdisciplinaridade, no entanto, não acontece sem um risco: não acontecerá sem o risco de um diálogo entre disciplinas que anteriormente não tenham estabelecido um terreno comum por meio de conceitos fundamentais

compartilhados e risco de investir tempo em discussões que não ofereçam nenhum resultado (DJERASSI e cols., 2002).

Uma disciplina científica é um ramo da ciência dedicada ao estudo de um segmento particular do conhecimento; as disciplinas científicas são instituídas através do consenso da comunidade científica. É a isso que se chama saber ou saberes (MONTEIRO, 2002).

Contudo, o conhecimento científico sempre foi, é e deve continuar sendo uma atividade livre. Qualquer pessoa pode estudar e saber o que quiser e o que puder.

Quanto mais alguém souber, quanto mais vasto e profundo for seus conhecimentos, tanto melhor para a sua prática profissional e para sua existência social.

Na relação médico-paciente, o diálogo dá-nos acesso às várias facetas da experiência e vida do paciente, essenciais para o diagnóstico e o tratamento eficazes. Porém, só seremos capazes de praticar e ensinar essas facetas quando formos capazes de apreciar e entender o ser humano. Sem a visão holística estaremos cegos às complexidades e detalhes da evidência humana.

A linguagem permite a divulgação e o entendimento do saber; sendo emissora do pensamento, da consciência, da vontade, enfim, das funções cognitivas, na relação entre as pessoas, como elo de interação social. A consciência individual é um contato do homem consigo mesmo, a partir dos outros. Tornamo-nos nós mesmos através das outras pessoas. O eu só existe a partir da relação com o outro (VYGOTSKY, 1996).

O presente trabalho também atende expectativas das propostas de mudanças no ensino médico. Nas “Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina” (CNE/CES, 2001) é preconizada a competência “capacidade de

comunicação” para o futuro médico. A melhor capacidade de comunicação do médico na anamnese trás como consequência incremento na sua percepção diagnóstica e na relação médico-paciente. Ou seja, o médico fará diagnósticos mais precisos e principalmente terá mais empatia, confiança e adesão do paciente ao plano diagnóstico e terapêutico (MARCONDES e GONÇALVES, 1998; REES e SHEARD, 2002).

Tal diversidade exige que o futuro médico demonstre competência mobilizando amplo repertório de conhecimentos e habilidades, que vão muito além da simples compreensão do sentido explícito das palavras – não basta apenas interpretar a linguagem verbal, é preciso ser capaz de captar o sentido do não-verbal; não é suficiente entender o que uma palavra e seus subentendidos, é preciso relacioná-las com o contexto da história clínica.

Pesquisas e avaliações deste modelo de entrevista médica, utilizando os princípios de análise da conversação podem conduzir: i) uma melhor compreensão das características da dor em situações práticas; ii) uma reorientação para os médicos compreenderem a entrevista médica como uma importante ferramenta; e iii) o desenvolvimento de técnicas mais eficientes e pertinentes para ensinar estudantes e médicos a melhorar suas habilidades na interação médico-paciente.

A metodologia e os resultados do trabalho serão úteis para as atividades de docência e assistência. Também, abrem-se possibilidades de estudos interdisciplinares e criação de uma nova linha de pesquisa.

## Perspectivas

Trata-se do primeiro passo. Como mensurar o impacto desta proposta? Como divulgar as idéias sugeridas? Como ensinar o novo modo de fazer? A utilização dos elementos não-verbais tem valor primário na geração de hipóteses diagnósticas?

Qual o perfil de paciente (hospitalizado ou ambulatorial) e qual situação (visita inicial, retorno de outras consultas) influenciam nesta abordagem? Estas e outras questões poderão ser respondidas na continuidade do trabalho e com novos projetos desta recém-criada linha de pesquisa.

Reconhecer os valores, os princípios e as representações de mundo e de adoecer dos pacientes passa a ser elemento essencial para a compreensão de formas possíveis de podermos nos comunicar e de propiciar escolhas viáveis e adequadas na prática médica. Isso requer, incursões em outros campos disciplinares e novos modelos de entrevista médica para os quais a escola deve se abrir e que ampliarão o espectro da formação e prática médica.

A área de habilidades humanas e profissionais abrange tudo o que fazemos com os conhecimentos adquiridos. Aprender a se comunicar com o paciente, com o colega, com o professor, participar de trabalhos em equipe com grupos interdisciplinares, são situações que a análise da conversação permite aprimorar a comunicação das relações sociais.

Entende-se como fundamental criar uma interação entre o mundo individual do futuro profissional e o mundo sociocultural, valorizando a percepção das variações e entendimento da linguagem verbal e não-verbal na entrevista médica e aperfeiçoando o processamento da comunicação médico-paciente.

## **7 CONCLUSÕES**

Considerando o estudo efetuado sobre entrevista médica, em pacientes com dor torácica, atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, são pertinentes as seguintes conclusões:

1. Foi possível testar e analisar um novo modelo de entrevista médica, utilizando-se os princípios de análise da conversação.
2. Descreveu-se o modo como são efetuadas as entrevistas médicas no modelo tradicional e na variação proposta pela análise da conversação.
3. Foi sugerida, demonstrada e validada uma diferente modalidade de realização de entrevista médica, priorizando a arte da conversação.
4. Os princípios de análise da conversação tem aplicabilidade em entrevista médica.
5. A análise da conversação pode otimizar a entrevista médica, aperfeiçoando a habilidade de comunicação na interação médico-paciente.

## Referências bibliográficas:

ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Edições Loyola: 2001.

ALVES, R. **O médico**. Campinas: Papirus, 2002.

ANDRADE, M.M.; MEDEIROS, J.B. **Comunicação em língua portuguesa**. São Paulo: Atlas, 2000.

ARAÚJO, M.P.; MESQUITA, E.T.; BASSAN, R. Causas de dor torácica e diagnóstico diferencial: a importância da história e do exame físico. In: BASSAN, R. **Síndrome coronariana aguda nas unidades de dor torácica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 33-51.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BASSAN, R. SCOFANO, M.; GAMARSKI, R. Dor torácica na sala de emergência: a importância de uma abordagem sistematizada. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.74, p.13-21, 2000.

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P.E.; TIMERMAN, A. I<sup>a</sup>. Diretriz de dor torácica na sala de emergência – definições de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.79, supl. II, p.1–22, 2002.

BATES, B. **Propedêutica médica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1998.

BAYLISS, R. Pain narratives. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. **Narrative based Medicine**. London: BMJ Books, 1998. p.3-16.

BENSON, J.; BRITTEN, N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. **B.M.J.**, v. 325, p.873-76, 2002.

BERGÈS, J. **Os gestos e a personalidade**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira S.A., 1972.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRESSAN, A.M.; CARDOSO, S.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBO, R.C.R. Comunicação entre pacientes entubados no pós-operatório de cirurgia cardíaca e equipe de enfermagem: avaliação e subsídios para proposta de intervenção. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.11, n.4, p.1-15, 2001.

CALDAS-COULTHARD, C.R. Linguagem e estudos de gênero. In: FORTKAMP, B.M.; TOMITCH, L.M.B. **Aspectos da lingüística aplicada**. Florianópolis: Insular, 2000.



CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Banco de teses.** <http://www.capes.gov.br/Scripts/index.idc?pagina=/servicos/indicadores/TesesDissertacoes.htm>. acesso em 01 de setembro de 2002.

CASSEL, E.J. **Talking with patient. Clinical technique.** Cambridge: MIT Press, 1987.

CASSEL, E.J. **Talking with patients. The theory of doctor-patient communication.** Cambridge: MIT Press, 1987.

CASTANEDA, C. **O poder do silêncio.** Rio de Janeiro: Record S.A., 1988.

CASTILHO, A. ; PRETI, D. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo: Elocuções formais.** São Paulo: T. A. Queiroz/FAPESP, 1987.

CASTILHO, A. ; PRETI, D. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo. Diálogos entre dois informantes.** São Paulo: T. A. Queiroz/FAPESP, 1988.

CATHCART, A.F.; SCHREIBER, C.S.; HEINISCH, R.H. Centros de dor torácica: uma nova alternativa na sala de emergência. **Rev. de Ciências da Saúde**, v.19, n.2, p.35-49, 2000.

CECCATTY, M. **Comunicações celulares e comunicações humanas.** Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

CEGALA, D.F.; BROZ, S.L. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. **Med. Edu.**, v.36, p.1004-16, 2002.

CHOMSKY, N. **Linguagem e mente.** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998.

CHOMSKY, N. **Os caminhos do poder: Reflexões sobre a ordem social.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

CHARON, R. Narrative medicine – a model for empathy, reflection, profession, and trust. **J.A.M.A.**, v.286, p.1897-1902, 2001.

CLANCY, M. Chest pain units: evidence of their usefulness is limited but encouraging. **B.M.J.**, v.325, p.117-27, 2002.

CNE/CES – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução no. 1133 de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Relator: Éfrem de Aguiar Maranhão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 out. 2001. Sec. 1E, p. 131.

COHN, J. K.; COHN, P. F. Chest pain. **Circulation**, v.106, p.530- 534, 2002

COIERA, E. When conversation is better than computation. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, v.7, p.277-286, 2000.

CORRÊA, N. **A palavra – a arte da conversação e da oratória**. Florianópolis: Editora Lunardelli, 1983.

CORTELLA, M.S. **A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos**. São Paulo: Cortez - Instituto Paulo Freire, 2000.

COSTA, C. **Filosofia da linguagem**. São Paulo: Jorge Zahar Editores, 2002.

COULEHAN, J.L.; BLOCK, M.R. **A entrevista médica: um guia para estudantes da arte**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

COX, K. Stories as case knowledge: case knowledge as stories. **Med. Edu.**, v. 35, p. 862-6, 2001.

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento em si**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DEL NERO, H. S. **O sítio da mente**. São Paulo: Collegium Cognitio, 1997.

DE WOOD, M.A.; SPORIES, J.; NOTSKE, R.; MOUSER, L.T.; BURROUGHS, R.; GOLDEN, M.S.; LANG, H.T. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. **N. Engl. J. Med.**, v.303, p. 897-902, 1980.

DIAMOND, G.A.; FORRESTER, J.S. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. **N. Engl. J. Med.**, v.300, p.1350, 1979.

DJERASSI, C.; LAUGHLIN, R.; LINDE, A.; SCHMANDT-BESSERAT, D.; WINOGRAD, T. Ciência nova. **Folha de São Paulo**, Caderno Mais. Domingo, 24 de Novembro de 2002, p.4-8.

DUNNING, A. Status of the doctor – present and future. **The Lancet**, v.354, p.18, 2000.

ELY, J. W.; OSHEROFF, J. A.; EBELL, M. H.; CHAMBLISS, M. L.; VINSON, D. C.; STEVERMER, J. J.; PIFER, E. A. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. **B.M.J.**, v.324, p.1–7, 2002.

ELWYN, G.; GWYN, R. Stories we hear and stories we tell... analysing talk in clinical practice. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. **Narrative based medicine**. London: BMJ Books, 1998. p. 165-74.

EWY, G.A.; OMATO, J.P. 31<sup>st</sup> Bethesda Conference. Emergency Cardiac Care (1999). **J. Am. Coll. Cardiol.**, v.35, p.825-80, 2000.

FARR, B.R.; SHACHTER, R.D. Representation of preferences in decision-support systems. **Comput. Biom. Res.**, v.25, p.324-335, 1992.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI – o dicionário da língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIALHO, F. A. P. **Introdução ao estudo da consciência**. Curitiba: Genesis, 1998.

FIELDS, H.L.; MARTIN, J.B. Pain. In : FAUCI, A. S. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. 14. ed. New York: McGraw-Hill, 1998. p. 53-57.

FIGUEIRÓ, J.A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1972.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANQUEMONT, S. **Você já sabe o que fazer**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.

FRASER, S.W.; GREENHALGH, T. Coping with complexity for capability. **B.M.J.**, v.6, p.799–803, 2001.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GARDNER, H. **Estruturas da mente: a teoria das inteligências múltiplas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GARDNER, K.; CHAPPLE, A. Barriers to referral in patients with angina: qualitative study. **B.M.J.**, v.319, p.418-21, 1999.

GASK, L.; USHERWOOD, T. The consultation. **B.M.J.**, v.324, p.1567-1569, 2002.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.64-89.

GIBLER, W.B.; YOUNG, G.P.; HEDGES, J.R. Acute myocardial infarction in chest pain patients with nondiagnostic ECGs: serial CK-MB sampling in the emergency department. **Ann. Emerg. Med.**, v.21, p.504-12, 1992.

GIBLER, W. B. Chest pain units: Do they make sense now? **Ann. Emerg. Med.**, v.29, p.168-71, 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDMAN, L.; WEINBERG, M.; WEISBERG, M. A computer-derived protocol to aid in the diagnosis of emergency room patients with acute chest pain. **N. Engl. J. Med.**, v.307, p.588-96, 1982.

GOODACRE, S.W. Should we establish chest pain observation units within UK? A systematic review and critical appraisal of the literature. **J. Accid. Emerg. Med.**, v.17, p.1-6, 2000.

GRAFF L, JOSEPH T, ANDELMAN R, ET AL. American College of Emergency Physicians Information Paper: chest pain units in emergency departments – a report from the short-term observation section. **Am. J. Cardiol.**, v.76, p.1039-49, 1995.

GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Why study narrative? **B.M.J.**, v. 2, p.48–50, 1999.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1999.

HEATH, I. Following the story: continuity of care general practice. In: GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. **Narrative based medicine**. London: BMJ Books, 1998. p.83-92.

HODDINOTT, P.; PILL, R. Qualitative research interviewing by doctors. A personal view of the opportunities and pitfalls. **Fam. Pract.**, v.14, p.307-12, 1997.

HUTTER JR., A.M.; AMSTERDAM, E.A.; JAFFE, A.S. 31st Bethesda Conference: Emergency Cardiac Care (1999). Task Force 2: Acute Coronary Syndromes; Section 2B - Chest discomfort evaluation in the hospital. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v.35, p.853-62, 2000.

IASP. **International Association for Study of Pain**. <http://www.iasp-pain.org/> , acesso em 28 de março de 2002.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.90-113.

KARCZ, A. HOLBOOK, J.; BURKE, M.C. Massachusetts emergency medicine closed malpractice claims: 1988-1990. **Ann. Emerg. Med.**, v.22, p. 553-9, 1993.

KELEMAN, S. **Anatomia emocional**. São Paulo: Summus, 1992.

LABOV, W. **Sociolinguistic patterns**. Filadélfia: Pennsylvania Press., 1972.

LOPES, E. **Fundamentos da Lingüística contemporânea**. São Paulo: Cultrix, 1987

LEITE, Y.; CALLOU, D. **Como falam os brasileiros**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

LOPES, E. **Fundamentos da Lingüística Contemporânea**. São Paulo: Cultrix, 1987.

LOPES, H.S. **Analogia e aprendizado evolucionário: aplicação em diagnóstico clínico**. Florianópolis. 1996. Tese (Doutorado em Engenharia Elétrica) – Programa de Pós-graduação em Engenharia Elétrica, Universidade Federal de Santa Catarina.

LYONS, J. **Linguagem e lingüística: Uma introdução**. Rio de Janeiro: LTC S.A., 1987.

MCCARTHY, B.D.; BESHANSKY, J.R.; D'AGOSTINO, R.B.; SELKER, H.P. Missed diagnosis of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study. **Ann. Emerg. Med.**, v.23, p.579-82, 1993.

MACHADO, A. **Neuroanatomia Funcional**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MACRUZ, R.; TORIANO, N.; CARVALHO, V.B.; ARIE, S.; MARRARA, J.P.; TRANCHESI, J.; PILEGGI, F.; DÉCOURT, L.V. Dor cardíaca, valor de sua caracterização para a localização da obstrução coronária. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.26, p.525, 1973.

MACRUZ R. **Dor cardíaca: considerações gerais, aspectos fisiopatológicos e clínicos**. São Paulo: Sarvier, 1976.

MARCUSCHI, L.A. **Análise da conversação**. São Paulo: Editora Ática, 1986.

MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1973.

MELEIRO, A.M.A.S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1999.

MILROY, L. **Observing and analysing natural language**. Oxford: Basil Black-Well Inc., 1995.

MONTEIRO, C.D.M. Multiprofissionalidade, interdisciplinariedade e transdisciplinariedade. **Rev. do C.F.M.**, v.137, p.18-19, 2002.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E.A.; ALMEIDA, M.C. **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997. p.115-121.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MUSSALIM F.; BENTES A.C. **Introdução à lingüística: domínios e fronteiras**. São Paulo: Cortez, 2001.

MYERS, G. Análise da conversação e da fala. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.271-91.

NARDONE, D.A.; JOHNSON, G.K.; FARYNA, A.; COULEHAN, J.L.; PARRINO, T.A. A model for the diagnostic medical interview: nonverbal, verbal and cognitive assessments. **J. Gen. Intern. Med.**, v.7, p.437-42, 1992.

NEGROPONTE, N. **A vida digital**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

NOURJAH, P. **National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary: Advance data from Vital and Health Statistics**. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics, 1999.

OLIVEIRA NETO, J.N. **O uso de marcadores conversacionais na fala dos canoieiros do ver-o-peso: um estudo do né, aí e assim**. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Lingüística Aplicada) – Departamento de Lingüística Aplicada ao Ensino de Línguas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio – no movimento dos sentidos**. Campinas: Unicamp Ed., 2002.

PANJU, A.A.; HEMMELGAM, B.R.; GUYATT, G. Is this patient having a myocardial infarction? **J.A.M.A.**, v.280, p.1256-63, 1998.

PATTENDEN, J.; WATT, I.; LEWIN, R.J.P.; STANFORD, N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. **B.M.J.**, v.324, p.1006-10, 2002.

PINKER, S. **O instinto da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

POPE, J.H.; AUFDERHEIDE, T.P.; RUTHAZER, R. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. **N. Engl. J. Med.**, v.342, p.1163-70, 2000.

PORTO, N. Dor torácica. In: SILVA, L.C.C. **Compêndio de pneumologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1991. p. 134-9.

PORTO, C. C. **Exame clínico – bases para a prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POSSENTI, S. **Discurso, estilo e subjetividade**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and social psychology**. Beverly Hills: Sage, 1987.

RAMACHANDRAN, V. S. **Fantasmas no cérebro: uma investigação dos mistérios da mente humana**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

RAMOS JUNIOR, J. **Semiotécnica da observação clínica – fisiopatologia dos sintomas e sinais**. São Paulo: Sarvier, 1998. p.7-20.

RAMOND, L. Enfarto do myocardio. In: RAMOND, L. **Licções de clinica medica**. Rio de Janeiro : Editora Guanabara, 1937. p. 142-66.

REES, C.; SHEARD, C. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. **Med. Edu.**, v. 36, p.1017-27, 2002.

RESWEBER, J. P. **A filosofia da linguagem**. São Paulo: Cultrix, 1982.

RICHARDS, H.M.; REID, M.E.; WATT, G.C.M. Socioeconomic variations in responses to chest pain: qualitative study. **B.M.J.**, v.324, p.1308-11, 2002.

ROCHA, J.C. Hipertensão arterial em idosos. In: PORTO, C.C. **Doenças do coração**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.540-7.

ROSENSTOCK-HUESSY, E. **A origem da linguagem**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

ROUAN, G.W.; LEE, T.H.; COOK, E.F. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms. **Am. J. Cardiol.**, v.64, p.1087-92, 1989.

RUDE, R.E.; POOLE, K.; MULLER, J.E. Electrocardiographic and clinical criteria for recognition of acute myocardial infarction based on analysis of 3697 patients. **Am. J. Cardiol.**, v.52, p.936-42, 1983.

RUSNAK, R.A.; STAIR, T.O.; HANSEN, K.; FASTOW, J.S. Litigation against the emergency physician: common features in cases of missed myocardial infarction. **Ann. Emerg. Med.**, v.18, p.1029-34, 1989.

RYAN, T.J. Refining the classification of chest pain: a logical next step in the evaluation of patients for acute cardiac ischemia in the emergency department. **Ann. Emerg. Med.**, v.29, p.166-8, 1997.

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

SACKS, O. **Um antropólogo em marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SCLIAR, M. **A face oculta. Inusitadas e reveladoras histórias da medicina**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1991.

SANMARTIN, C. H.; OLIVEIRA-SOUZA, R. Dor torácica: considerações anatômicas e fisiopatológicas. In: BASSAN, R. **Síndrome coronariana aguda nas unidades de dor torácica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p.17-32.

SCHNEIDERMAN, H.; PEIXOTO, A.J. **Bedside diagnosis**. Philadelphia: American College of Physicians, 1997.

SELKER, H.P.; ZALENSKI, R.J.; ANTMAN, E.M. An evaluation of technologies for identifying acute cardiac ischemia in the emergency department: a report from a National Heart Attack Alert Program Working Group. **Ann. Emerg. Med.**, v.29, p.13-87, 1997.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SILVEIRA, J.O. Estratégias de aproximação na comunicação médico-paciente. In: MAGALHÃES, I. **As múltiplas faces da linguagem**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996. p. 239-248.

SPECTOR, N. **Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

SPIEGEL, M.R. **Estatística**. Rio de Janeiro : Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1971. p. 331-61.

SPRITZER, N. **Pensamento & mudança**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1993.

STEINBERG, M. **Os elementos não-verbais da conversação**. São Paulo: Atual, 1988.

STORROW, A.B.; GIBLER, W.B. Chest pain centers: diagnosis of acute coronary syndromes. **Ann. Emerg. Med.**, v.35, p.449-61, 2000.

TANNEN, D. **You just don't understand: women and men in conversation**. New York: Ballentine Books, 1991.

TARALLO, F. **A pesquisa sociolingüística**. São Paulo: Ática, 1985.

TASK FORCE REPORT. Task force on the management of chest pain. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology. **Eur. Heart J.**, v.23, p.1153-76, 2002.

TAYLOR, T.R.; AITCHISON, J.; McGIRR, E.M. Doctors as decision-makers: a computer-assisted study of diagnosis as a cognitive skill. **B. M. J.**, v.3, p.35- 40, 1971.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Estrutura de apresentação de dissertações e teses. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha. São Paulo, Serviço de Biblioteca e Documentação, 1996.

VYGOTSKY, L. S. **A formação socialmente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal**. Petrópolis: Vozes, 2002.



WEINER, D.A.; RYAN, T.J.; McCABE, C.H. Exercise stress testing: correlations among history of angina, ST-segment response and prevalence of coronary artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). **N. Engl. J. Med.**, v.301, p.230-5, 1979.

WEST, C. Medical misfires: mishearings, misgivings, and misunderstandings in physician-patient dialogues. **Disc. Proc.**, v.7, p.107-34, 1984.

YUSUF, S.; PEARSON, M.; STERRY, H. The entry ECG in the early diagnosis and prognostic stratification of patients with suspected acute myocardial patients. **Eur. Heart J.**, v.5, p.690-6, 1984.

ZALENSKI, R.J.; RYDMAN, R.J.; McCARREN, M. Feasibility of a rapid diagnostic protocol for an emergency department chest pain unit. **Ann. Emerg. Med.**, v.29, p. 99-108, 1997.

ZALENSKI, R.J.; RYDMAN, R.J.; TING, S. A national survey of emergency department chest pain centers in the United States. **Am. J. Cardiol.**, v.81, p.1305-9, 1998.

## ANEXO A - Normas para Transcrição do Texto Falado

### NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO DO TEXTO FALADO

Ocorrências	Sinais	Exemplificação
1. Indicação dos falantes	os falantes devem ser indicados em linha, com letras ou alguma sigla convencional	E P2 H28 Doc.
2. Pausas	...	não... isso é besteira...
3. Silabação	-	do-minadora
4. Interrogação	?	ela é contra a mulher machista... sabia?
5. Segmentos incompreensíveis ou ininteligíveis	( ) (ininteligível)	bora gente... tenho aula... ( ) daqui
6. Comentário do transcritor	(( ))	M.H... é ((rindo))
7. Citações	“ ”	“ mai Jandira eu vô dizê”
8. Transcrição parcial ou eliminação de parte do texto	/ ... /	então /.../ quando a dor apareceu
9. Ortografia		tô, tá, vô, ahã, mhm

Adaptado de MARCUSCHI (1986) e MUSSALIM & BENTES (2001).



## APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Número do prontuário: No. estudo:

Nome:

Idade:

Sexo: M ( ) F ( ) Etnia:

Estado civil: Profissão(ocupação):

Procedência:

Pesquisa: "OTIMIZAÇÃO DA ENTREVISTA MÉDICA"

Formulário de coleta de dados –

modelo tipo análise da conversação – versão 2 (Você apresenta (ou já apresentou) dor ou desconforto no tórax?)

paralinguagem	cinésica	proxêmica	Queixa principal:			
m						

### III. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

paralinguagem	cinésica	proxêmica				
m						
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
			6			
			7			
			8			
			9			
			10			
			11			
			12			
			13			
			14			

Data e horário ...../...../2002 .....h

Local ( ) ambu; ( ) unidade de internação; ( ) emergência; ( ) UTI; ( ) hemodinâmica; ( )

Roteiro para as perguntas:

Há quanto tempo? Qualidade da dor? Localização da dor? Irradiação? Fatores de agravos? Fatores de alívio? Duração? Intensidade? Sinais e sintomas concomitantes? Periodicidade? Relação da dor com funções: A dor piora (ou piorava) na inspiração profunda? A dor piora (ou piorava) ao inclinar a parte superior do corpo? A dor piora (ou piorava) ao movimentar os braços e ombros? A dor ou desconforto persiste (ou persistiu)? Qual a duração

paralinguagem (sons emitidos)

cinésica (gestos, postura)

proxêmica (distância)

tacésica (toques)

silêncio

tacésica

silêncio

